

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN AĞRI YÖNETİMİNDE BİLGİLERİ VE İLAÇ DIŞI YÖNTEM KULLANIMI

Hümevra YÜKSEL

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA

ADANA – 2019

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN AĞRI YÖNETİMİNDE BİLGİLERİ VE İLAÇ DIŞI YÖNTEM KULLANIMI

Hümevra YÜKSEL

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA**

Çukurova Üniversitesi, BAP birimi TYL-2019-11819 Nolu projesi ile desteklenmiştir.

Tez No:
ADANA – 2019

KABUL ONAY

Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

Hansikelenin Ağrı Üni. tınıde "Bilgisai ve İlac. Disi jünden Kullarını
adlı çalışma, aşğıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 31/9/19

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doc. Dr. Senay Şetinkaya
Üniversitesi
Başkan

Dr. Öğr. Üyesi
Üniversitesi
Üye
Ulviye GÜWAY

Dr. Öğr. Üyesi Behra Estemez
Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ETİK BEYANI

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. .03./09./2019


İMZA

Hümeysra YÜKSEL

Kayıtlı olunan Program : Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı
Tezin Konusu : Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Bilgileri ve İlaç Dışı Yöntem Kullanımı

Tezin Türü : Yüksek Lisans : Doktora:

Danışmanın Adı-Soyadı : Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA

Danışmanın İletişim Bilgileri

Telefon : 05353492958

E-Posta : scetinkaya@cu.edu.tr

Öğrencinin İletişim Bilgileri

Telefon : 05538748327

E-Posta : humeysragecici@gmail.com

Adresi :

**Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince göstermiş olduğu büyük desteği, özverisi, bilimsel bilgi ve eleştirileri, motive edici yaklaşımı ve sabrı için değerli hocam, danışmanım Sayın Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA' ya çalışmamın istatistiksel açıdan değerlendirilmesini yapan Sayın Melih UZUNOĞLU'na teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her anında, her konuda bana destek olan, özellikle yüksek lisans eğitimim boyunca verdikleri destek ve gösterdikleri sabır için annem Songül GEÇİCİ'ye, babam Rafet GEÇİCİ'ye, abim Hüseyin GEÇİCİ'ye ve eşim Sezer YÜKSEL'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Hümevra YÜKSEL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

| | |
|--|------|
| KABUL ONAY | ii |
| ETİK BEYANI | iii |
| TEŞEKKÜR | iv |
| İÇİNDEKİLER | v |
| TABLolar DİZİNİ | viii |
| ŞEKİLLER LİSTESİ | ix |
| KISALTMALAR LİSTESİ | x |
| ÖZET | xi |
| ABSTRACT | xii |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. Ağrının Epidemiyolojisi..... | 3 |
| 2.2. Ağrının Patofizyolojisi | 3 |
| 2.3. Ağrının Sınıflandırılması | 4 |
| 2.3.1. Başlama Süresine Göre | 4 |
| 2.3.1.1. Akut Ağrı | 4 |
| 2.3.1.2. Kronik Ağrı | 4 |
| 2.3.2. Kaynaklandığı Dokuya Göre..... | 5 |
| 2.3.2.1. Somatik Ağrı | 5 |
| 2.3.2.2. Visseral Ağrı | 5 |
| 2.3.2.3. Sempatik Ağrı | 5 |
| 2.3.3. Mekanizmalarına Göre..... | 5 |
| 2.3.3.1. Nosiseptif Ağrı..... | 5 |
| 2.3.3.2. Nöropatik Ağrı | 5 |
| 2.3.3.3. Deafferantasyon Ağrısı: | 6 |
| 2.3.3.4. Reaktif Ağrı..... | 6 |
| 2.3.3.5. Psikojenik Ağrı..... | 6 |
| 2.4. Ağrının Değerlendirilmesi | 6 |
| 2.5. Ağrı Yönetiminde Kullanılan Skalalar..... | 7 |

| | |
|--|----|
| 2.5.1. Tek Boyutlu Bireysel Ağrı Değerlendirme Yöntemleri..... | 7 |
| 2.5.1.1. Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale - VAS)..... | 7 |
| 2.5.1.2. Sözel Tarif Skalaları (Verbal Descriptor Scales - VDS)..... | 7 |
| 2.5.1.3. Sayısal Değerlendirme Skalaları (Numerical Rating Scale-NRS) .. | 8 |
| 2.5.1.4. Yüz İfadesi Skalası (Face Scale – FS) | 8 |
| 2.5.2. Çok Boyutlu Bireysel Ağrı Değerlendirme Ölçekleri..... | 8 |
| 2.5.2.1. McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MPQ)..... | 9 |
| 2.5.2.2. Dartmouth Ağrı Soru Formu | 9 |
| 2.5.2.3. West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi | 9 |
| 2.5.2.4. Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı..... | 9 |
| 2.5.2.5. Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi | 9 |
| 2.6. Ağrı Yönetiminde Kullanılacak Farmakolojik Yöntemler | 10 |
| 2.6.1. Hafif Analjezikler..... | 10 |
| 2.6.2. Opioid Analjezikler | 10 |
| 2.6.3. Adjuvan Analjezikler | 11 |
| 2.7. Ağrı Yönetiminde Kullanılan Non-Farmakolojik Yöntemler..... | 11 |
| 2.7.1. Bilişsel- Davranışsal Yaklaşımlar | 12 |
| 2.7.1.1. Meditasyon..... | 12 |
| 2.7.1.2. Hayal Kurma | 12 |
| 2.7.1.3. Biyo-geribildirim..... | 12 |
| 2.7.1.4. Hipnoz | 12 |
| 2.7.1.5. Müzik Tedavisi..... | 13 |
| 2.7.1.6. Dua ile İyileşme | 13 |
| 2.7.1.7. Yoga | 13 |
| 2.7.2. Manipulatif Yaklaşımlar | 13 |
| 2.7.2.1. Masaj | 13 |
| 2.7.2.2. Sıcak-Soğuk Uygulama..... | 14 |
| 2.7.3. Enerji Yaklaşımları | 14 |
| 2.7.3.1. Biyoenerji..... | 14 |
| 2.7.3.2. Reiki | 14 |
| 2.7.4. Alternatif Tıbbi Sistemler | 15 |
| 2.7.4.1. Akupunktur | 15 |

| | |
|---|-----------|
| 2.7.4.2. Kaplıca | 15 |
| 2.7.5. Biyolojik Yaklaşımlar | 15 |
| 2.7.5.1. Aromaterapi..... | 15 |
| 2.7.5.2. Bitki Tedavisi (Fitoterapi)..... | 16 |
| 2.8. Ağrıda Hemşirelik Bakımı | 16 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM | 18 |
| 3.1. Araştırmanın Amacı | 18 |
| 3.2. Araştırmanın Türü..... | 18 |
| 3.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi | 18 |
| 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 18 |
| 3.5. Verilerin Toplanması | 18 |
| 3.6. Veri Toplama Araçları | 19 |
| 3.6.1. Kişisel Bilgi Formu | 19 |
| 3.6.2. Ağrı İle İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi | 19 |
| 3.6.3. Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemler Formu | 19 |
| 3.7. Veri Analizi..... | 20 |
| 3.8. Araştırmanın Etik Yönü | 20 |
| 4. BULGULAR..... | 21 |
| 5.TARTIŞMA..... | 42 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER | 48 |
| KAYNAKLAR | 50 |
| EKLER | 56 |
| EK-1: Veri Toplama Formu | 56 |
| EK-2: İlaç Dışı Tedavi Yöntemler Formu | 59 |
| EK-3: Ağrı ile ilgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi | 60 |
| EK-4: Etik Kurul İzni..... | 62 |
| EK- 5: Mersin Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Etik Kurul İzni..... | 63 |
| ÖZGEÇMİŞ | 64 |

TABLolar DİZİNİ

| <u>Tablo No:</u> | <u>Sayfa No</u> |
|--|------------------------|
| Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo- Demografik Özellikleri | 21 |
| Tablo 2. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili Eğitime Katılma Durumları ve Aldıkları Eğitimlerin Dağılımları | 22 |
| Tablo 3. Hemşirelerin Klinikte Ağrı Skalası Kullanma Durumlarının Dağılımları | 23 |
| Tablo 4. Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Yayın Takip Etme Durumları ve Takip Edilen Yayınların Dağılımı | 23 |
| Tablo 5. Hemşirelerin Hastaların Ağrı Değerlendirme ve Kaydetme Yöntemlerinin Dağılımı | 24 |
| Tablo 6. Ağrı Yönetiminde Hemşirelerin Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımları | 25 |
| Tablo 7. Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumlarının Dağılımları..... | 26 |
| Tablo 8. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Davranış Anketine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı | 39 |
| Tablo 9. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ile İlgili Bilgi ve Davranış Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı | 41 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| <u>Şekil No:</u> | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| Şekil 1. Ağrının patofizyolojisi..... | 3 |
| Şekil 2. Görsel analog skala | 7 |
| Şekil 3. Sayısal Değerlendirme Skalası | 8 |
| Şekil 4. Yüz İfadesi Ölçeği | 8 |



KISALTMALAR LİSTESİ

- IASP** : Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (International Association for the Study of Pain)
- EFIC** : Ağrı Çalışmaları Derneği Konfederasyonu (Confederation of Pain Studies Association)
- CRPS** : Kompleks Rejyonel Ağrı Sendromu (Complex Regional Pain Syndrome)
- NCCAM** : Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine)
- NRS** : Sayısal Değerlendirme Skalaları (Numerical Rating Scale)
- VDS** : Sözel Tarif Skalaları (Verbal Descriptor Scales)
- VAS** : Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale)

ÖZET

Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Bilgileri Ve İlaç Dışı Yöntem Kullanımı

Araştırma, hemşirelerin ağrı yönetiminde bilgileri ve ilaç dışı yöntem kullanımını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırma, Eylül ile Ekim 2018 tarihlerinde, Mersin ili Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Dahili-Cerrahi servis ve Yoğun Bakımlarında çalışan 169 hemşire ile yüz yüze görüşülerek yapıldı. Verilerin toplanmasında, kişisel bilgi formu, Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Davranış ölçeği ve İlaç Dışı Yöntemler Formu kullanıldı.

Veriler, SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde, "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) yöntemleri kullanıldı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, 15(%8.9)'inin lise mezunu, 144(%85.2)'ünün lisans mezunu, 10(%5.9)'unun yüksek lisans mezunu olduğu belirlendi. Hemşirelerin 117(%69.2)'sinin kadın olduğu, yaş ortalaması 29.72 ± 5.54 ve 96(%56.8)'sının 30 yaş altı olduğu görüldü. Ağrı yönetiminde 88(%52.1)'inin farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri kullandıkları tespit edildi. Hemşirelerin ağrı bilgileri, tutum anketinden, lise mezunlarının $5,46 \pm 1,88$ ve lisans mezunu hemşirelerin 5.99 ± 2.41 aldıkları puan ortalamaları birbirine yakın sonuçlar olduğu saptandı. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi puanları ve eğitim düzeyi, çalışılan klinik, çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Sonuç olarak, hemşirelerin ağrı tanınması ve ağrının non-farmakolojik yönetimleri bilme ve uygulama konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, ağrı, bilgi, tutum, ilaç dışı yöntemler

ABSTRACT

The Knowledge of Nurses in Pain Management and Use of Non-Drug Methods

The study was carried out as a descriptive study in order to examine the nurses' pain management and the use of non-drug methods.

The research was conducted by face-to-face interviews with 169 nurses working in the Internal-Surgical and Intensive Care Unit of Mersin University Health Research and Application Center in September and October 2018. The personal information form, the Knowledge and Behavioral Scale of Nurses Pain and Non-Drug Methods Form were used to collect the data.

Data were evaluated using SPSS (IBM SPSS Statistics 24). In the evaluation of the data, tablo Mann-Whitney U us test (Z-table value),) Kruskal-Wallis H “test (ney 2-table value) methods were used.

Nurses participating in the study, 15 (%8.9) of high school graduates, 144 (%85.2) of the bachelor 's degree, 10 (%5.9)' was determined to be a graduate. Of the nurses, 117 (%69.2) were female, and the mean age was 29.72 ± 5.54 and 96 (%56.8) were under 30 years of age. In pain management 88 (%52.1) were found to use pharmacological and non-pharmacological methods. The pain information of the nurses, attitude survey, high school graduates 5.46 ± 1.88 and 5.99 ± 2.41 points of the graduate nurses were found to be close to the average of the average score. There was no statistically significant difference between the knowledge scores and education level of the nurses about the pain and the duration of the study ($p>0.05$).

As a result, it was determined that nurses did not have sufficient knowledge about pain diagnosis and knowledge of non-pharmacological management of pain.

Keywords: Nursing, pain, knowledge, attitude, non-drug methods

1. GİRİŞ

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana süregelen ağrı; günümüzde sağlık bilimlerindeki büyük gelişmelere rağmen devam etmekte ve hastayı sağlık profesyonellerinden yardım almaya yönelten en önemli semptomlardan biri olmaktadır. Ağrının azaltılmasına yönelik alınan önlemlerin yetersiz olduğu ve hastaların büyük bir kısmının ağrısının geçirilmediği, yaşam kalitelerinin düştüğü, hastanede kalış süresinin uzadığı ve mortalite oranının arttığı görülmektedir (1).

Ağrı Çalışmaları Derneği Konfederasyonu (EFIC) 2001 yılında Avrupa Parlamentosu'nda açıklanan bir deklarasyonla ağrı dindirilmesinin bir insan hakkı olduğunu tüm dünyaya ilan etmiştir. "Avrupa Ağrıya Karşı" adı verilen girişimle ağrının Avrupa ülkelerinin en önemli sağlık sorunlarından birisi olduğuna dikkat çekilmiştir (2).

Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (International Association for the Study of Pain -IASP) Taksonomi Komitesi ağrıyı "gerçek veya potansiyel doku hasarı veya bu tür hasarlar ile ilgili hoş olmayan bir duyuşsal ve duygusal deneyim "olarak tanımlamıştır (5).

Vücudun belli bir kısmından kaynaklanmasına rağmen ağrı hissi önemli bir savunma duyuşudur. Hoşa gitmeyen, karmaşık ve öznel olan ağrı vücudu olabilecek zararlara karşı önceden uyarır (3).

Ağrı, insanları fiziksel, duygusal ve sosyal yönleri ile etkileyen korku, anksiyete ve depresyon gibi ciddi duygusal sorunları beraberinde getiren karmaşık ve çok boyutlu vital bulgudur (4).

Klinik olarak en geniş ve anlamlı tanımı McCaffery (1968) yapmıştır: "Ağrı; hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır". Bu tanım; bireyin sözlü ya da sözsüz ağrı ifadesini yeterince tanımlamakta ve ağrı yönetiminde çok önemli olan güven ilişkisini geliştirmek için hastaya inanılması gerektiğini göstermektedir (6).

Sağlık bakım üyelerinin ağrı yönetimindeki yetersizlikler arasında; ağrı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması ve bunun sonucu olarak ağrı nedeni ve giderilmesine ilişkin yanlışlıklara düşülmesi, yeni geliştirilen ağrı kontrol yöntemleri ve uygulamalarının yaygın olarak kullanılmaması, birçok hastanın ağrıyı hastalığın doğal sonucu olarak kabul etmesi ve sonuç olarak ağrı bildiriminde bulunmaması, yaşlı

hastaların ağrıyla yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak kabul etmeleri, ağrı kontrolü konusunda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmemesi sayılabilir (1).

Ağrı hakkında hemşirelerin bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelendiği birçok çalışmada, hemşirelerin ağrıyla ilgili sorulara doğru cevap verme yüzdelerinin oldukça düşük olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin çoğunun ağrıyla tanımlamada takip etmesi gereken bulguları bilmediği ortaya çıkmıştır (7).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; hemşirelerin ağrı değerlendirme ve ölçme ile ilgili bilgi ve davranış puanlarının orta düzeyde olduğu, ağrı fizyolojisi ve ağrının farmakolojik yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları bildirilmektedir. Ağrının fizyolojisi, değerlendirilmesi ve ağrı yönetimi konusunda yetersiz bilgiye sahip olan hemşirelerin, ağrısı olan hastaya karşı olumsuz davranışlar sergilemesine neden olabileceği açıkça söylenmektedir (7).

Ağrı yönetiminin etkinliğinin artırılabilmesi için ağrının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi, ağrı nedeniyle ortaya çıkabilecek komplikasyonların takip edilmesi, komplikasyonlara müdahale edilmesi ve bu aşamaların yeniden gözden geçirilmesine imkan verecek şekilde kayıt tutulması gerekmektedir (9).

Ağrıyı hafifletmek amacıyla farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Farmakolojik tedavide opioid ve opioid olmayan analjezikler, nöropsikiyatrik ilaçlar, nonsteroid antiinflamatuvarlar ve opioidler kullanılmaktadır. Farmakolojik yöntemlere ek olarak sıcak-soğuk uygulama, akupunktur, egzersiz, masaj, hidroterapi, kas gevşemesi, dikkati başka yöne çekme, meditasyon, hipnoz, aromaterapi, müzik terapi ve refleksoloji gibi yöntemler ağrıyı hafifletmede ilaç dışı yöntemler arasında sayılabilir (8).

Hemşirelerin çalıştığı bölüm her ne olursa olsun sıklıkla karşılaştığı problemlerden biri ağrıdır. Bu nedenle hemşireler ağrı yönetiminde büyük sorumluluk sahibidir. Bu nedenle hemşirelerin ağrı fizyolojisi, ağrının değerlendirilmesi ve kontrolü konusunda yeterli bilgi, beceri ve deneyim sahibi olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin ağrıyı azaltmada uygulayabilecekleri bazı farmakolojik olmayan yöntemlere ilişkin bilgi düzeyleri ve bu bilgileri kliniklerde uygulama durumları konusunda aydınlatıcı olacaktır (10).

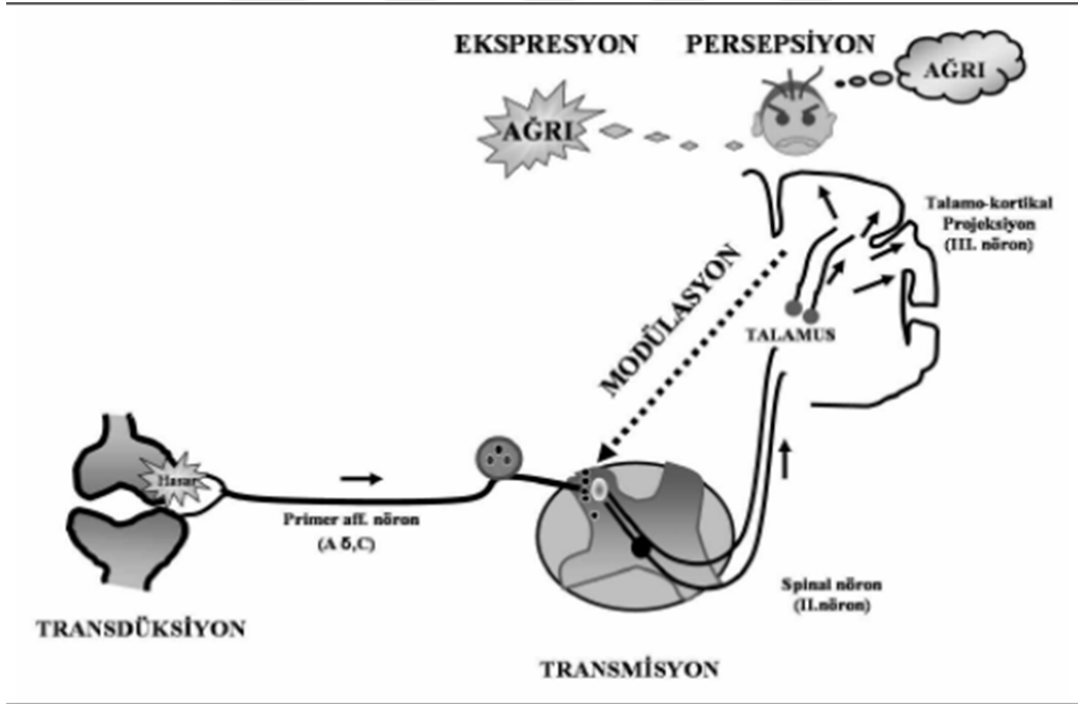
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Epidemiyolojisi

Ağrı ile ilişkili durumlar ve ağrı algılamasının yaşla birlikte arttığı belirtilmiştir. Ağrı, kişiden kişiye durumdan duruma ve yaşam boyu farklılık gösteren bir algıdır. Ağrı prevalansı %7- 63.5 arasında değişmektedir (11).

Dahili ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda %50-77 oranında orta dereceden şiddetliye doğru değişen ağrı görülmektedir (12). Murray ve Retief (2016) yaptığı çalışmada, hastaların %62'sinin şiddetli ya da orta şiddetli ağrıdan yakındıklarını belirtmişlerdir. Gelişmiş ülkelerde %41- 61 oranında orta ve şiddetli postoperatif ağrı sorunu yaşadıkları görülmüştür (86).

2.2. Ağrının Patofizyolojisi



Şekil 1. Ağrının patofizyolojisi

Ağrının algılanması, ağrı reseptörlerinin uyarılması ile gerçekleşir. Ağrı reseptörleri cilt, derin doku ve organlarda bulunan serbest sinir uçlarıdır. Bunlar

mekanoreseptör (dokunma ve hareket), termoreseptör (ısı değişiklikleri) ve nosiseptör (kuvvetli mekanik ve termal uyarı) olarak üçe ayrılır (14).

Nosisepsiyon, doku hasarı ile ağrının algılanması arasında oluşan karmaşık elektrokimyasal olayların bir bütünüdür. Ağrı, nosisepsiyon içinde bir algılama olayıdır; travmatik veya noksiyus stimülasyona verilen nöral cevaptır. Nosiseptörlerden gelen tüm uyarılar ağrıyı oluşturur fakat tüm ağrılar nosisepsiyondan kaynaklanmaz. Ağrı duyusu daha çok, ince miyelinli A delta ve miyelinsiz C sinir liflerinin serbest sinir sonlanmaları tarafından algılanarak spinal korda taşınır. Bu yüzden, ağrı duyusuyla ilişkili olan bu liflere nosiseptör adı verilmektedir. A delta lifleri başlıca termal ve mekanik uyarıyı taşırken, C lifleri mekanik, kimyasal ve termal uyarıyı taşır. C lifleri, neredeyse tüm ağrılı uyarı tiplerini taşımasından dolayı polimodal nosiseptörler adını alır (15).

Sonuç olarak, ağrı önce hasarlı bölgeden ağrıya duyarlı sinir liflerine aktarılır (transdüksiyon). Daha sonra medulla spinalise iletilir (transmisyon). Burada santral sinir sistemi ve medulla spinalisteki diğer yollarla etkileşime girip değiştirilebilir (modülasyon). Buradan da beyine iletilir ve algılanır (persepsiyon) (16).

2.3. Ağrının Sınıflandırılması

2.3.1. Başlama Süresine Göre

2.3.1.1. Akut Ağrı

Başlangıcı ani ve şiddetli, nedene göre dindirilebilen, yoğunluğu hafiften şiddetliye doğru değişebilen ve 6 aya kadar süregelen ağrılardır. Akut ağrı bir sendrom değil, semptomdur. Örneğin; boğaz ağrısı, ameliyat ağrısı vb (17).

2.3.1.2. Kronik Ağrı

Altı aydan fazla süregelen ağrı türüdür. Kronik ağrı uyarıcı etkiyi geçtikten sonra kişinin yaşam kalitesini bozan, kişileri anormal davranışlara yönlendiren, psikolojik sorunlara yol açabilen karmaşık bir tablodur. Örneğin; romatoid artrit, onkoloji hastalarının ağrıları, migren ağrısı, orak hücreli anemi krizleri vb (18).

2.3.2. Kaynaklandığı Dokuya Göre

2.3.2.1. Somatik Ağrı

Somatik sinirlerden kaynaklanan, ani başlayan, keskin, iyi lokalize edilen ağrı türüdür. Sinirlerin yayılım bölgesinde algılanır. Postoperatif ağrı ve romatoid artrit bağlı ağrılar örnek verilebilir (19).

2.3.2.2. Visseral Ağrı

İyi lokalize olmayan derinden gelen, zomklayıcı, yoğun ızdırıp ve acı veren ağrılardır. Safra kesesi ağrıları bu ağrı türüne örnek verilebilir (77).

2.3.2.3. Sempatik Ağrı

Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkan damarsal kökenli ağrı türüdür. Kompleks rejyonal ağrı sendromu (CRPS) ve kozaljiler örnek verilebilir (19).

2.3.3. Mekanizmalarına Göre

2.3.3.1. Nosisseptif Ağrı

Mekanik ya da termal ağrı uyaranları ile oluşan ağrı türüdür. Sinyalleri periferik sinirler içinde hızı 6-30 m/sn olan, ince Aδ tipi liflerle medulla spinalise taşınır ve ağrının başlangıcında duyduğumuz keskin, iğneliyici ve iyi lokalize edilebilen duyudan sorumludur (20).

2.3.3.2. Nöropatik Ağrı

Periferik ya da merkezi sinir sistemindeki ya da her ikisindeki bir lezyondan kaynaklanan, duysal semptom ve bulgulara yol açan bir ağrıdır. Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği (IASP; International Association for the Study of Pain) 1994 yılında nöropatik ağrı tanımını, sinir sistemindeki primer bir lezyon veya işlev bozukluğunun sonucu ortaya çıkan ağrı olarak tanımlamıştır (21). Sinir kompresyonuna veya inflamasyonuna bağlı mononöropati, şimşek çakar gibi nevraljiler, diyabetik polinöropatiler ve deafferantasyon ağrıları nöropatik ağrı türleridir (22).

2.3.3.3. Deafferantasyon Ağrısı:

Somatosensoryal uyarı iletiminin yaralanması sonucu merkezi sinir sistemine iletimin azalması ile ortaya çıkan ağrı türüdür. Bu ağrıya örnek olarak fantom ağrıları örnek verilebilir (23).

2.3.3.4. Reaktif Ağrı

Motor veya sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkan ağrılardır. Bu ağrıya myofasiyal ağrılar örnek verilebilir (23).

2.3.3.5. Psikojenik Ağrı

Anksiyete ve depresyon psikososyal sorunların meydana geldiği durumlarda ortaya çıkan ağrıdır. Ağrılı bir durum mevcut olabilir de asıl sorun psikolojik olup hastanın nörofizyolojik duyarlılığının artması ile önemsiz bir doku sorununun aşırı şekilde hissedilmesidir (24).

2.4. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrının öznelliği ve bireyselliği nedeniyle son dönemlerde ağrı değerlendirmesinde kullanılacak en güvenilir ölçeğin belirlenmesi için birçok araştırma yapılmasına karşın, henüz sorunu çözebilecek net bir ölçeğin varlığından söz etmek mümkün değildir (25).

Ağrının en kolay değerlendirme yolu, hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ayrıca şunu belirtmek gerekir, hastanın ağrısının sadece “var” ya da “yok” şeklinde cevaplaması ağrıyı değerlendirme için yeterli değildir (25).

Ağrılı hastanın değerlendirilmesi ilk başta gelen gözlem yöntemidir. Ağrıyı en aza indiren davranışlar, kullanılan ilaçlar, hastanın aktivitelerindeki artış veya azalma bunlara ek olarak yüz ifadesi, sinirlilik, inleme, iç çekme, yürüyüş bozuklukları, etkilenen bölgeyi ovuşturma, sık sık pozisyon değiştirmesi gibi özelliklere bakılması gerekmektedir (26).

Ağrı değerlendirmesi, ağrı algısı ve ağrıya verilen tepki kişilere göre farklılık gösterdiği için oldukça karmaşıktır (27).

Son yıllarda ağrı değerlendirmesinde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır. Ağrı ölçümünde kullanılan tek boyutlu ölçekler, doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup değerlendirmeyi hastanın kendisi yapabilmektedir. Tek boyutlu ölçekler özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, bunun yanı sıra bireye uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemekte kullanılmaktadır. Ağrı ölçümünde kullanılan çok boyutlu ölçeklerden genel olarak kronik ağrılı hastalarda ağrının yeri, özelliği, şiddeti, zamanla ilişkisi gibi yönlerini değerlendirmede yararlanılmaktadır (27).

2.5. Ağrı Yönetiminde Kullanılan Skalalar

Ağrı skalaları tek veya çok boyutlu ve kendi kendine değerlendirmeye veya gözleme dayalı şekilde sınıflandırılır (28).

2.5.1. Tek Boyutlu Bireysel Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

2.5.1.1. Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale - VAS)

Bir ucunda ağrısızlık diğer ucunda dayanılmaz ağrı yazan 10 cm uzunluğundaki düz çizgi üzerinde hasta ağrısını gösterir. Bu ölçümün diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha güvenilir ve duyarlı olduğu belirtilmektedir (28).



Şekil 2. Görsel analog skala (28).

2.5.1.2. Sözel Tarif Skalaları (Verbal Descriptor Scales - VDS)

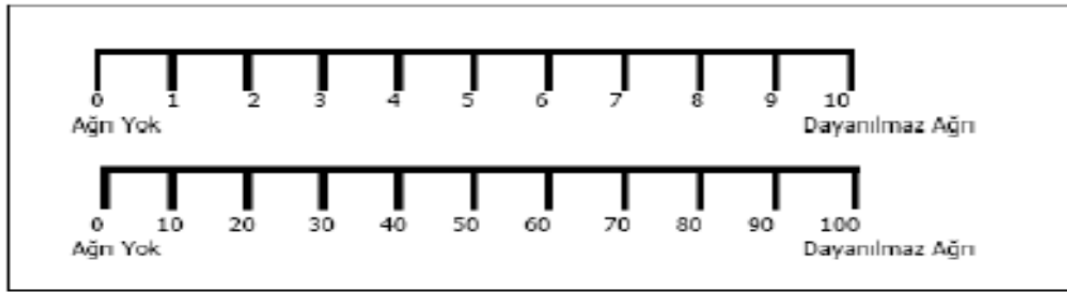
Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar 4 kategoriye ayrılır:

- Şiddetli
- Orta
- Hafif
- Yok

Sözel tarif skalası, kolay uygulanabilir ve sınıflaması basittir. Dezavantajları ise ölçekte ağrı şiddetini tanımlayan listedeki mevcut kelimenin sayısına bağımlı olma gibi sınırlılıkların bulunmasıdır. Ayrıca sözel tarif skalasında bu sınırlamalara ek olarak orta şiddetteki ağrıyı tanımlamada hassasiyetin görsel kıyaslama ölçeğine göre daha az olduğu belirtilmiştir (24).

2.5.1.3. Sayısal Değerlendirme Skalaları (Numerical Rating Scale-NRS)

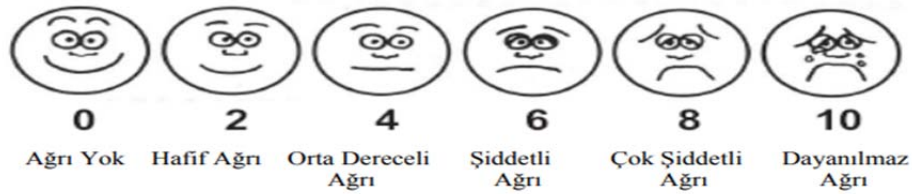
Skalalar ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10 yada 100) düzeyine varır (30).



Şekil 3. Sayısal Değerlendirme Skalası (30).

2.5.1.4. Yüz İfadesi Skalası (Face Scale – FS)

Bu ölçekte hastanın yüz ifadesine göre '0' puan ağrısının olmadığını, '10' puan ise ağrısının şiddetli olduğunu ifade eder (24).



Şekil 4. Yüz İfadesi Ölçeği (24).

2.5.2. Çok Boyutlu Bireysel Ağrı Değerlendirme Ölçekleri

Ağrının yeri, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler ve ağrının şiddeti gibi çok boyutu değerlendirmektedir (31).

2.5.2.1. McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MPQ)

McGill Ağrı Anketi (KF-MAA) ağrıyı değerlendirmek için geliştirilmiş bir ankettir. KF-MAA kronik ağrıyla ilgili çalışmalarda yaygın olarak kullanılmakta ve güçlü psikometrik özellikleri olduğu belirtilmektedir. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında yapılarak, Türkçe versiyonu geçerli ve güvenilir bulunmuştur (87).

2.5.2.2. Dartmount Ağrı Soru Formu

Ağrı şiddeti ve sıklığı, ağrı tarafından etkilenen davranışları değerlendirir. Bu ölçümde diğerlerinden farklı olarak sağlam kalan işlevler ve olumlu davranışlar göz önüne alınır. Hastanın sadece güçsüzlüğünü ve etkilenmiş fonksiyonlarını değerlendirmek yetersizdir (89).

2.5.2.3. West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi

McGill ağrı soru formuna daha kısa, klasik, psikometrik alternatif bir yöntemdir. Bu ölçek 52 madde ve 3 bölümden oluşmaktadır. Ağrı problemlerinin sosyal fonksiyonlar üzerindeki etkisini inceler. Bu ağrı ölçeği kronik ağrı problemlerinde ağrının boyutlarını değerlendirir (88).

2.5.2.4. Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı

Ağrının azalma durumu ve hastanın ruh hali yönünden görsel kıyaslama ölçeği ile değerlendirilmesidir (88).

2.5.2.5. Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi

Kısa ağrı ölçeği, çok boyutlu bir değerlendirme yöntemidir, kanserli ve artritli hastalarda geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Hasta tarafından 5-15 dakika içinde kullandığı analjezik ilaçlar, ağrının nedenine bağlı inançları, ağrının yaşam kalitesini etkileyen yönleri, ağrının bir ölçek üzerinde 0 ile 10 arasında ağrısına ilişkin bilgileri kolayca tamamlanabilir (88).

2.6. Ağrı Yönetiminde Kullanılacak Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntemler, hastanın ağrısını en aza indirmede kullanılan yöntemlerdir. Yapılan birçok çalışmada hemşirelerin, hastalarda ağrı sorunlarını azaltmak ya da ortadan kaldırılmak amacıyla genellikle hekim istemi ile analjezik uyguladıkları belirtilmiştir. Bu amaçla en çok narkotik ve narkotik olmayan analjezikler kullanılmaktadır. Bunların yanı sıra farmakolojik tedavide; nonsteroid antienflamatuarlar, opioidler ve nöropsikiyatrik ilaçlar kullanılmaktadır (32).

Analjezik tedavisi, çabuk etki göstermesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Ancak, analjeziklerin bilinçsiz bir şekilde kullanılmasının birey ve ülke ekonomisine getirdiği yük, bazı fizyolojik sorunlara ve özellikle narkotiklerin kullanıldığı durumlarda her defasında dozun artırılması nedeniyle hastada tolerans gelişmesi gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (33).

2.6.1. Hafif Analjezikler

Hafif analjezikler ağrı tedavisinde ilk yaklaşım olarak kullanılmaktadır. Acetaminofen, ibuprofen, naproksen hafif analjezik grubunda yer alan ilaçlardır. Bölgesel yönden hastanın ağrı duygusunu baskılayarak ağrıyı minimum seviyeye indirir. Hafif veya orta düzeyde olan ağrıları azaltmak için bu ilaç gruplarından yararlanılmaktadır. Analjeziklerin; böbrekler üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için hastaların bu ilaçları dikkatli kullanmaları ve uzun süre kullanımlardan sakınmaları gerekmektedir (34).

2.6.2. Opioid Analjezikler

Şiddetli ağrıların tedavisinde morfin ve türevleri çok etkili olmaktadır. Bu ilaçların, analjezik etkilerinin yanı sıra parenteral olarak uygulandığı zaman solunum depresyonu, bulantı-kusma, bağırsak motilitesinde azalma ve sfinkter tonusunda artma gibi yan etkilere neden olduğu bilinmektedir. Hemşirelerin kliniklerde en çok uyguladığı opioidler arasında güçlü agonistler (morfin, meperidin, fentanil) ve zayıf agonistler (kodein ve tramadol=contramal) yer almaktadır (35).

2.6.3. Adjuvan Analjezikler

Ağrı tedavisinde kullanımının dışında olmasına rağmen, bazı durumlarda ağrı tedavisinde etki gösteren ilaçlar olarak tarif edilmektedir. Farklı etki mekanizmalarına sahip olan bu ilaçlar sekonder analjezikler, ko-analjezikler, yardımcı analjezikler ve endikasyon dışı analjezikler olarak isimlendirilmektedir. Bazı ağrı sendromlarında primer analjezik olarak adjuvanların kullanımını artırmaktadır. İstenen dozlarda, çok daha dşuk miktarda verildiğinde, kısa sürede hedeflenen analjezi elde edilmektedir. Bazı adjuvan analjezikler çeşitli ağrı tiplerinde etkinken bazıları da nöropatik ya da nosiseptif ağrı için spesifiktir (36).

2.7. Ağrı Yönetiminde Kullanılan Non-Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntemlerin tıbbi yan etkileri olduğundan günümüzde non-farmakolojik uygulamalara eğilim artmaktadır. Farmakolojik olmayan yöntemlerin ağrı azaltmada kullanım amacı, farmakolojik analjeziklerin kullanımını azaltmak ve hastanın ağrı problemini olabildiğince minimum seviyeye indirgeyerek yaşam kalitesini yükseltmektir (37).

Eski ağlardan bu yana ağrıyı azaltmak veya gidermek için farmakolojik yöntemlerin yanında non-farmakolojik yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu yöntemler hastaya rahatlık hissi verilmesi, anksiyete düzeylerini minimum seviyeye indirgenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Bu yöntemlerin kolaylıkla uygulanabilmesinin, ilaçlarla kullanımında yan etkisinin az olması ve ekonomik açıdan yk oluşturmaması gibi avantajları vardır (38).

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) tamamlayıcı ve alternatif tedavileri; bilişsel-davranışsal yaklaşımlar, manipulatif yaklaşımlar, enerji yaklaşımları, alternatif tıbbi sistemler, biyolojik yaklaşımlar olacak şekilde beş farklı gruba ayrılmıştır (39).

1. Bilişsel-Davranışsal Yaklaşımlar
2. Manipulatif Yaklaşımlar
3. Enerji Yaklaşımları
4. Alternatif Tıbbi Sistemler
5. Biyolojik Yaklaşımlar (39).

2.7.1. Bilişsel- Davranışsal Yaklaşımlar

2.7.1.1. Meditasyon

Beyin üzerinde bir hakimiyet oluşturmaya çalışan bu yöntemin, savunma sistemini kuvvetlendirdiği, melatonin seviyesini artırdığı ve ağrı yönetimine yardımcı olduğu belirtilmiştir. Bu yöntemle gevşeme sağlanarak ağrıya karşı olumsuz düşüncelerin giderilmesi ve baş etme yöntemlerinin öğrenilmesi amaçlanmıştır (40).

2.7.1.2. Hayal Kurma

Vücutta özel iyileşme yanıtını tetikleyen akılda hayal kurmayla akli ve vücudu etkileyen bir tedavi yöntemidir. Hayal kurma; hastalık durumunun farkında olmayı, gevşemeyi ve kan dolaşımının devamlılığını sağlar. Hayal kurma ile ağrısı olan birey dikkatini başka yöne odaklayarak ağrısını azaltır (41).

2.7.1.3. Biyo-geribildirim

Biyolojik geri-bildirim, bireyin bedensel farkındalığını artırmakla birlikte ruhsal olarak gerginlikten kurtulup kişinin rahatlamasını sağlayan bir yöntemdir. Örneğin gerilim tipi baş ağrısında, baş ve yüz kaslarından elektrotlar aracılığıyla alınan elektrik aktivitesinin hastanın ses ya da renk olarak algılaması sağlanmaktadır. Böylelikle hastanın, sesin azalmasından ya da renk değişikliğinden gevşemenin gerçekleşip gerçekleşmediğini anlaması sağlanmaktadır. Bu yöntemin; migren, boyun ve bel ağrıları, fantom ağrısı ve çevresel damar hastalıklarındaki iskemik ağrının giderilmesinde yararlı olduğu belirtilmiştir (40).

2.7.1.4. Hipnoz

Derin bir konsantrasyon sağlayan farklı bir bilinç durumudur. Örneğin; iyi hipnoz olabilen kadın farkındalığını kaybetmeden doğum ağrısını tam anlamıyla kontrol altına alabilir. Kadın ağrıyı hisseder ancak canı yanmaz. Hipnozun doğum ağrısını, stresi azalttığı ve ağrı eşiğini artırdığı belirtilmiştir (42).

2.7.1.5.Müzik Tedavisi

Müzik, belirli ritim ve melodileri içeren işitsel bir uyarandır. Bu uygulama stres, ağrı, kaygı ve izolasyonun azaltılmasıyla davranış değişikliği oluşturulur. Duygu durum değişikliği yaratır, yaşam kalitesini artırır, rahatlamayı sağlar. Ağrıyla baş etme stratejileri geliştirerek normal bir çevre sağlamayı hedefler (42).

2.7.1.6. Dua ile İyileşme

Kronik ağrısı olan bireylerin çoğu dua etme yöntemi kullanmaktadır. Dua ile iyileşme çoğu toplumda iyileştirici bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Özellikle yaşlıların fiziksel işlev bozukluklarının hafifletilmesinde ve çektikleri ağrının azaltılmasında olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Depresyon ve anksiyetenin azaltılması amacıyla dua etme yöntemi önerilmektedir. Ulusal bir çalışmaya göre %36 olarak belirlenen tamamlayıcı tıp kullanımına, dua etme yönteminin eklenmesiyle tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanım oranında %62'ye kadar artış olduğu görülmüştür (43).

2.7.1.7. Yoga

Dünyanın en eski kişisel gelişim yöntemi yoganın bedeni, ruhu ve zihni tamamen eğittiği, insana huzur verdiği ve kişinin kendisini tanımasını ayrıca sürekli tekrar edildiğinde, metabolizmanın dengede tutulmasına, sinir sisteminin güçlü, kan dolaşımının düzenli olarak çalışmasına ve vücudun sağlıklı ve dinç bir görünüme sahip olmasını sağladığı bilinmektedir (44).

Yoganın bel ağrılarında 12 hafta boyunca uygulandığı bir çalışmada, yaşam kalitesinde artmalara, yetersizlik ve ağrılarda azalma, fiziksel ve ruh halinde olumlu gelişmeler olduğu görülmüştür (44).

2.7.2. Manipulatif Yaklaşımlar

2.7.2.1. Masaj

Vücudun yumuşak dokularının elle veya başka yöntemlerle uyarılmasıyla yapılan uygulamadır. Bu uygulama ile ciltte bulunan çevresel reseptörler uyarılmakta ve uyarılar, spinal kord yolu ile beyne iletilmektedir. Masaj ile hoş bir duygu ve genel bir rahatlama sağlanmaktadır. Bu uygulamanın kan ve lenf dolaşımında hızlanma, kaslarda

gevşeme, arteriollerde dilatasyon şeklinde etkileri vardır. Masaj, pek çok hastalığın tedavisinde tamamlayıcı olarak uygulanmaktadır (45).

2.7.2.2. Sıcak-Soğuk Uygulama

Sıcak ve soğuk uygulamalar, terapötik amaçla dokudaki ısı değişikliklerine bağlı olarak vücut bölgelerinde değişik bölgelere uygulanarak sistematik veya lokal etki sağlar. Soğuk uygulama damarlarda vazokonstrüksiyon sağlarken, lokal sıcak uygulama ise vazodilatasyon sağlayarak kanama riskini artırır. Soğuk uygulama buz paketleri bir örtü ile sarılarak yapılmalıdır. Aynı şekilde sıcak uygulamada da bu paketler bir örtüye sarılmalıdır. Bu uygulamalar en fazla 15-30 dakika sürmelidir (46).

2.7.3. Enerji Yaklaşımları

2.7.3.1. Biyoenerji

Vücudu bir bütün olarak ele alan ve evrende var olan enerjiyi özel teknikler ile kişinin bedenine dokunmadan rahatsızlıklarının düzeltilmesinde kullanılan bir yöntemdir. Yaşam tarzımız, öfke, şiddet, anksiyete gibi faktörler enerji dengemize zarar verebilir. Bu denge bozulduğunda vücudumuzun farklı yerlerinde ağrı, uykusuzluk, çarpıntı gibi şikâyetler meydana gelebilir. Bu yöntemle vücudumuzdaki bioenerji dengesizlikleri düzeltilebilir (40).

2.7.3.2. Reiki

Noninvaziv bir yöntemdir, yan etkisi olmayan, var olan tedavi üzerine olumsuz etki yapmayan, akut ve kronik durumları önleyen ve uygulanması kolay ve maliyet etkili bir tedavi şeklidir. Reikinin terapötik etkisiyle ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmalar incelendiğinde; ağrıyı azaltma, anksiyeteyi minimuma indirme, yaşam kalitesini artırma, kan basıncı ve nabızı düzenleme, konforu sağlama gibi etkilere sahip olduğu belirlenmiştir (47).

2.7.4. Alternatif Tıbbi Sistemler

2.7.4.1. Akupunktur

Anatomik noktaları uyarma esasına dayanmaktadır. Uygulama; iğne batırılarak, uyarılarak, manuel basınç, elektriksel olarak düşük güçlü lazer ve ultrasonla yapılmaktadır. Akupunkturun etki mekanizması ile iğne uçlarının sinir uçlarını baskılayarak intrensek ağrı inhibisyonu olduğu açıklanmaktadır.

Günümüzde akupunkturun kronik ağrıda ve kanserli hastalarda kemoterapinin yan etkileri olan ağız kuruluğu ve bulantıda etkili olduğu birçok çalışmada kanıtlanmıştır. Ancak uzman olmayan kişilerin uygulamalarında ve uygun olmayan koşullarda çok ciddi komplikasyonlar meydana gelebilir (48).

2.7.4.2. Kaplıca

Mineralli ve termal suların banyo, içme ve inhalasyon yöntemleriyle tedavi amaçlı kullanıldığı geleneksel bir yöntemdir. Kaplıca tedavisi kas iskelet sistemi rahatsızlıklarından boyun ve bel ağrılarında tamamlayıcı tedavi olarak uygulanmaktadır (49).

Şiropaksi: Kas iskelet sisteminin hareketliliği bozulmuş eklemlere elle manipülasyon yoluyla tedavi uygulayan bir yöntemdir. Bel ağrısına etkisinin araştırıldığı bir dergi de akut/subakut bel ağrılı hastaların ağrı ve disabileyi, orta düzeyde ağrıyı ise azalttığı belirtilmiştir (50).

2.7.5. Biyolojik Yaklaşımlar

2.7.5.1. Aromaterapi

Çiçeklerden, bitkilerden ve ağaçlardan elde edilen esansiyel yağlar, sağlığı ve iyilik halini artırmak amacıyla kullanılmaktadır. Bu yağların kan dolaşımı yardımı ile lenf sistemine ulaştığı ve hücreler arası sıvı yolu ile iyileşme sağladığı görülmüştür. Aromaterapinin stresi azaltmaya, soğuk algınlığını geçirmeye, nezle ve ağrıyı azaltmaya yardımcı olacağı düşünülmektedir (45).

2.7.5.2. Bitki Tedavisi (Fitoterapi)

Bitkiler kullanılarak hastaları tedavi etmede kullanılan tamamlayıcı tıp yaklaşımlarından biridir. Kullanılan bitkisel ürünler genellikle meme kanseri (%2), karaciğer hastalıkları (%21), Hıv (%22), astım (%24) ve romatolojik hastalıklar (%26) gibi kronik rahatsızlığı olan hastalar tarafından kullanılmaktadır. Alman Federal İlaç ve Tıbbi Planlar Enstitüsünden ve Amerikan Gıda ve İlaç Yönetimi'nden (FDA) gelen son bilgilere göre, ölümlü sonuçlanan bir vakada kava bitkisi ve karaciğer hasarı arasında ilişki bulunmuştur. Bitkisel ürün kullanımında ortaya çıkan yan etkiler, ürünlerin yanlış kullanımı, kontamine olması, diğer bitkiler ve ilaçlarla etkileşime girmesinden meydana gelir. Bu nedenle bitkisel ürünlerin dikkatli kullanılması gerekmektedir (51).

2.8. Ağrıda Hemşirelik Bakımı

Günümüzde ağrı kontrolünün multi disiplinler ekip yaklaşımı ile yürütülmesinin önemi bilinmektedir. Ekibin üç önemli üyesinin hasta, hemşire ve hekim oluşu kabul edilmektedir. Ancak hemşireler ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Hemşirelerin ağrı kontrolünde diğer ekip üyelerinden ayıran önemli özelliği ise hemşirelerin hasta ile daha uzun süre vakit geçirmesi, hastanın daha önce ağrı ile baş etmede kullandığı yöntemleri, deneyimleri hakkında bilgi alması, gerektiğinde bunlardan yararlanması ve hasta hakkında daha çok bilgiye sahip olmasıdır (52).

Hemşirenin bu rolünü yerine getirebilmesi için ağrı konusunda bilgili, duyarlı olması gerekir. Ayrıca bir hemşirenin iletişim kurma becerisine sahip olma ve empati yapabilme yeteneği ağrıyı gidermede etkilidir (53).

Hemşire, ağrılı hastaya karşı olan tutumunun farkındalığı içinde olmalıdır. Hemşire ağrı konusunda terapötik bir tutum oluşturabilmesi için, kendi duygularını ve inançlarını gözden geçirmelidir. Hemşirenin kendi ağrı inançları ve deneyimleri ağrılı hasta bakımını olumsuz yönde etkilememelidir. Ağrısı olan hastalara yeterli eğitim ve destek verilmezse hastalar yapılan uygulamaları reddedebilir. Ağrılı hasta bakımında hasta ile hemşire arasında karşılıklı güven oluşması son derece önemlidir (53).

Ağrı kontrolünde hemşirelerin vazgeçilmezliğinin bilinmesine rağmen; bugün için literatür incelemeleri ve klinik gözlemlerimiz sonucunda, hemşirelerin ağrıya ilişkin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları görülmüştür. Hekim ve hemşirelerin %58'inin ağrı yönetimine dair bilgilerinin yetersiz olduğu ve hastaların ağrısını

azaltmak amacıyla yeterli önlem almadıkları, sağlık bakım ekibinin hastaların ağrılarını onlardan düşük oranlarda tahmin ettikleri, hemşirelerin %96.2'sinin, ağrısını ifade eden hastaya her zaman güvenmedikleri ve %47.6'sının da ağrısını ifade edemeyen hastaların ağrı davranışlarını izlemedikleri görölmüştür (30).

Ağrı yönetimindeki gelişmeler, hasta ve ailesine farklı seçenekler sunmaktan, yaşamlarının son dönemlerinde hastalara daha rahat ve kaliteli geçirmelerini sağlamaktadır. Hastalara yeterli bir hemşirelik hizmeti verilebilmesi için hemşirelerin ağrıya yönelik güncel farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler ve ağrı yönetimiyle ilgili gelişmeleri yakından takip etmelidir (54).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemşirelerin ağrı duyusu hakkındaki bilgileri ve davranışları, ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemleri kullanım durumlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, 20.09.2018- 20.10.2018 tarihleri arasında Mersin ili Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Dahili ve Cerrahi servisleri ve Yoğun Bakım Birimlerinde çalışan hemşirelere yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mersin ili Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Dahili ve Cerrahi Servisleri ve yoğun bakımlarında 20.09.2018 ile 20.10.2018 tarihleri arasında çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Hastanede bu tarihler arasında 300 hemşire çalışmıştır. Örnekleminizi bu tarihler arasında mesai saatinde çalışan ve gönüllü 169 hemşire oluşturmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamında araştırmaya gönüllü 169 hemşire dahil edildi. Anket formu 15-20 dakika sürede, yüz yüze konuşma tekniği ile gerçekleştirildi.

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından ilgili literatürlerden yararlanılarak hazırlanan hemşirelerin sosyo-demografik bilgilerini içeren” Kişisel Bilgi Formu, Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi, İlaç Dışı Yöntemler Formu” olmak üzere 3 ayrı anket formu kullanıldı.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formunda, hemşirenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu gibi sosyo demografik özellikleri, hemşirelik deneyimi, ağrı hakkında bilgi sahibi olup olmama gibi hemşirelerin yeterliliklerine yönelik 18 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Ağrı İle İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi

Hemşirelerin ağrılı hastalar ve ağrı yönetimi konusundaki bilgi ve davranışlarını incelemek üzere bu alanda yapılmış çalışmaların temelinde (Ferrell ve McCaffery) araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. 16 sorudan oluşan bu anket formu doğru/yanlış şeklinde yanıtlanan soruları içermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerliği ve güvenilirliği Özer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Doğru yanıt için 1, yanlış yanıt için 0 puan verilerek bilgi ve davranış toplam puanı hesaplanmaktadır. Anketten alınan en yüksek toplam puan 16, en düşük ise 0 puandır. Bu doğrultuda 5.9200 puan düşük, 5.9201-11.3800 puan orta, 11.3801 ve üzerindeki puan ise yüksek bilgi ve davranış ifade etmektedir. Özer ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında uzman görüşü alınarak ölçeğe son şekli verilmiş, bu ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.865 güvenilir düzey sonuç alınmıştır (59).

3.6.3. Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemler Formu

Bahadır Tercan tarafından geliştirilen ‘İlaç dışı yöntemler’ anket formu için yazılı izin alındı. İlaç dışı yöntemleri bilme ve uygulama durumlarını saptayan 20 soruluk ilaç dışı yöntemler formundan oluşmaktadır. Bu ilaç dışı yöntemler formunda ağrıyı gidermeye yönelik sıklıkla tercih edilen (masaj, sıcak-soğuk uygulama, müzik tedavisi, beslenme tedavisi, aromaterapi, hayal kurma vb.) ilaç dışı bakım uygulamaları bulunmaktadır (40).

3.7. Veri Analizi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapıldı. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanıldı. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanıldı.

İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “ χ^2 ” çapraz tabloları ve Fisher Exact testi kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için hemşirelere çalışma ile ilgili bilgi verilerek sözlü onay alındı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan etik onay alındı.(05.10.2018). Anket uygulaması için Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden kurum izni alındı

4. BULGULAR

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo- Demografik Özellikleri

| Değişken (n=169) | n | % |
|--|-----|------|
| Yaş grupları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 29,72 \pm 5,54$ (yıl)] | | |
| 30 yaş altı | 96 | 56,8 |
| 30 yaş ve üzeri | 73 | 43,2 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 117 | 69,2 |
| Erkek | 52 | 30,8 |
| Eğitim düzeyi | | |
| Lise | 15 | 8,9 |
| Lisans | 144 | 85,2 |
| Yüksek lisans | 10 | 5,9 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 92 | 54,4 |
| Bekar | 77 | 45,6 |
| Çalışılan klinik | | |
| Dahiliye | 43 | 25,4 |
| Cerrahi | 44 | 26,0 |
| Dahiliye yoğun bakım | 42 | 24,9 |
| Cerrahi yoğun bakım | 40 | 23,7 |
| Çalışma süresi [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 6,62 \pm 5,36$ (yıl)] | | |
| 3 yıl altı | 36 | 21,4 |
| 3-6 yıl | 70 | 41,4 |
| 7-10 yıl | 31 | 18,3 |
| 10 yıl üzeri | 32 | 18,9 |

Hemşirelerin yaş ortalamasının 29.72 ± 5.54 (yıl) olduğu tespit edilmiştir. Araştırma ya katılan hemşirelerin yaş gruplarına bakıldığında 96 hemşirenin (%56.8) 30 yaş altı yaş grubunda olduğu 73 hemşirenin (%43.2) 30 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin 117' si (%69.2) kadın, 52 'sinin (%30.8) erkek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde 144'ünün (%85.2) lisans mezunu, 15' nin (%8.9) lise mezunu, 10' nun (%5.9) lisans ve üzeri olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı üniteye göre dağılımları incelendiğinde 43 hemşirenin (%25.4) dahiliye servisinde, 44 hemşirenin (%26.0) cerrahi servisinde, 42' sinin (%24.9) Dahiliye yoğun bakım, 40' nın (%23.7) Cerrahi yoğun bakımda çalıştığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresi ortalamasının 6.62 ± 5.36 (yıl) olduğu tespit edilmiş ve 36 hemşirenin (%21.4) 3 yıl altı, 70 hemşirenin

(%41.1) 3-6 yılları arasında, 31 hemşirenin (%18.3) 7-10 yılları arasında, 32 hemşirenin ise (%18.9) 10 yıl üzeri çalışma süresi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili Eğitime Katılma Durumları ve Aldıkları Eğitimlerin Dağılımları

| Değişken (n=169) | n | % |
|---|----------|----------|
| Eğitim Süresince ağrı tedavisi eğitimi alma Durumu | | |
| Evet | 74 | 43,8 |
| Hayır | 95 | 56,2 |
| Mezuniyet sonrası ağrı tedavisi eğitimi | | |
| Evet | 69 | 40,8 |
| Hayır | 100 | 59,2 |
| Mezuniyet sonrası ağrı tedavi eğitimi | | |
| Kurum hizmet içi eğitimi | 54 | 78,3 |
| Kurs | 8 | 11,6 |
| Seminer | 7 | 10,1 |

Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili eğitime katılma durumları incelendiğinde 74 hemşirenin (%43.8) eğitimi sırasında ağrı tedavisi eğitimi aldığı 95' nin (%56.2) katılmadığı, 69'unun (%40.8) mezuniyet sonrası ağrı tedavisi eğitimi aldığı ve 100 hemşirenin (%59.2) mezuniyet sonrası ağrı tedavi eğitimi almadıkları tespit edilmiştir. Hemşirelerin 54'ünün ise (%78.3) bu eğitimi kurum hizmet içi eğitimi ile aldığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Klinikte Ağrı Skalası Kullanma Durumlarının Dağılımları

| Değişken (n=169) | n | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| Serviste ağrı ölçeği kullanma | | |
| Evet | 168 | 99,4 |
| Hayır | 1 | 0,6 |
| Ağrı ölçeği kullanma sıklığı | | |
| Nadiren | 5 | 3,0 |
| Sık sık | 46 | 27,4 |
| Her zaman | 117 | 69,6 |
| Kullanılan ağrı ölçeği | | |
| VAS (Görsel ağrı ölçeği) | 24 | 14,2 |
| Sayısal ağrı ölçeği | 135 | 80,4 |
| Sözel ağrı ölçeği | 9 | 5,4 |

Araştırmaya katılan 168 hemşirenin (%99.4) serviste ağrı ölçeği kullandıkları tespit edilmiştir. Hemşirelerin 117'sinin (%69,6) her zaman ağrı ölçeği kullandığı, 46 hemşirenin (%27.4) sık sık kullandığı, 5 hemşirenin ise (%3) nadiren kullandığı tespit edildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin 135'inin (%80.4) sayısal ağrı ölçeği, 24' nün (%14.2) VAS (Görsel ağrı ölçeği) kullandıkları tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Yayın Takip Etme Durumları ve Takip Edilen Yayınların Dağılımı

| Değişken (n=169) | n | % |
|---|----------|----------|
| Ağrı yönetimi yayınları takip etme | | |
| Evet | 17 | 10,1 |
| Hayır | 152 | 89,9 |
| Takip edilen yayın türü | | |
| Kitap | 3 | 17,6 |
| Bilimsel dergi | 8 | 47,1 |
| Gazete | 3 | 17,6 |
| Radio-televizyon | 1 | 5,9 |
| Diğer | 2 | 11,8 |

Hemşirelerin ağrı yönetimi ilse ilgili yayın takip etme durumlarının ve takip edilen yayınların dağılımları incelendiğinde 17 hemşirenin (%10.1) ağrı yöntemi yayınlarını takip ettiği 152 hemşirenin (% 89.9) yayın takip etmediği belirlendi. Hemşirelerin 8'inin (%47.1) bilimsel dergileri 3' nün (%17.6) kitap takip ettikleri belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelerin Hastaların Ağrı Değerlendirme ve Kaydetme Yöntemlerinin Dağılımı

| Değişken (n=169) | n | % |
|---|----------|----------|
| Hastanın ağrı değerlendirmelerini kaydetme | | |
| Evet her zaman | 160 | 95,2 |
| Bazen | 8 | 4,8 |
| Ağrının kayıt edildiği yer* | | |
| Hemşire gözlem formu | 147 | 78,2 |
| Yoğun bakım hasta takip formu | 40 | 21,3 |
| Hasta dosyası doktorların kullandığı diğer form | 1 | 0,5 |
| Hasta ağrı şiddeti göstergeleri* | | |
| Hastanın yüz ifadesi | 139 | 38,1 |
| Hastanın kendi ifadeleri | 141 | 38,6 |
| Hastanın fizyolojik göstergeleri (ANT) | 85 | 23,3 |
| Ağrı tedavisinde hemşirenin olası etkisi | | |
| Etkisiz | 2 | 1,2 |
| Az etkili | 21 | 12,4 |
| Etkili | 83 | 49,1 |
| Çok etkili | 63 | 37,3 |

Araştırmaya katılan hemşirelerin 160' nın (%95.2) hastaların ağrısını her zaman kaydettiği, 8' nin (%4.8) bazen kayıt ettikleri tespit edildi. Hemşirelerin hastaların ağrı düzeylerini kayıt ettikleri yer durumları incelendiğinde 147 hemşirenin (%78.2) bunu hemşire gözlem formuna kaydettiği, 40 hemşirenin (% 21.3) yoğun bakım hasta takip formuna kayıt ettikleri tespit edildi. Hastaların ağrı şiddet göstergeleri incelendiğinde 141 hemşirenin (%38.6) hastanın ağrı şiddeti göstergesi olarak kendi ifadelerini baz aldığı, 139 hemşirenin (%38.1) hastanın yüz ifadelerine baktıklarını 85 hemşirenin ise (%23.3) hastanın fizyolojik göstergeleri baz alarak ağrısı şiddetine karar verdikleri tespit edildi. Hemşireler hastanın ağrı tedavisinde 83'ünün (%49.1) ağrı tedavisinde hemşirenin etkili olduğunu, 63' nün (%37.3) çok etkili olduğunu, 2 hemşirenin ise (%1.2) etkisiz oldukları tespit edildi (Tablo- 5)

Tablo 6. Ağrı Yönetiminde Hemşirelerin Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımları

| Değişken (n=169) | n | % |
|--|----------|----------|
| Günlük hayatta ağrıyı yönetme | | |
| Farmakolojik yöntem | 47 | 27,8 |
| Non-farmakolojik yöntem (müzik vb. uygulama) | 34 | 20,1 |
| Farmakolojik ve Non-farmakolojik yöntem | 88 | 52,1 |

Araştırmaya katılan hemşirelerin ağrı yönetiminde 47 hemşirenin (%27.8) Farmakolojik yöntemleri, 34 hemşirenin (% 20.1) non- farmakolojik yöntemleri, 88 hemşirenin (%52.1) günlük hayatlarında ağrıyı farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerle tedavi ettiği belirlendi (Tablo- 6).

Tablo 7. Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumlarının Dağılımları

| Ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemler | Eğitim düzeyi | | Çalışılan klinik | | | Çalışma süresi | | | | | Toplam (N=169/%) |
|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-------------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| | Lise (n=15/%) | Lisans ve üzeri (n=154/%) | Dahiliye (n=43/%) | Cerrahi (n=44/%) | Dahiliye Y.B. (n=42/%) | Cerrahi Y.B. (n=40/%) | 3 yıl altı (n=36/%) | 3-6 yıl (n=70/%) | 7-10 yıl (n=31/%) | 10 yıl üzeri (n=32/%) | |
| Masaj bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 13 (%86,7) | 127 (%82,5) | 35 (%81,4) | 35 (%79,5) | 36 (%85,7) | 34 (%85,0) | 33 (%91,7) | 53 (%75,7) | 24 (%77,4) | 30 (%93,8) | 140 (%82,8) |
| Hayır | 2 (%13,3) | 27 (%17,5) | 8 (%18,6) | 9 (%20,5) | 6 (%14,3) | 6 (%15,0) | 3 (%8,3) | 17 (%24,3) | 7 (%22,6) | 2 (%6,3) | 29 (%17,2) |
| | p=0,506** | | | $\chi^2=0,774$ | p=0,856 | | | $\chi^2=7,794$ | p=0,051 | | |
| Masaj uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 9 (%60,0) | 99 (%64,3) | 29 (%67,4) | 26 (%59,1) | 30 (%71,4) | 23 (%57,5) | 24 (%66,7) | 45 (%64,3) | 14 (%45,2) | 25 (%78,1) | 108 (%63,9) |
| Hayır | 6 (%40,0) | 55 (%35,7) | 14 (%32,6) | 18 (%40,9) | 12 (%28,6) | 17 (%42,5) | 12 (%33,3) | 25 (%35,7) | 17 (%54,8) | 7 (%21,9) | 61 (%36,1) |
| | $\chi^2=0,002$ | | | $\chi^2=2,417$ | p=0,490 | | | $\chi^2=7,650$ | p=0,054 | | |
| | p=0,961 | | | | | | | | | | |
| Aromaterapi bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 38 (%24,7) | 8 (%18,6) | 14 (%31,8) | 9 (%21,4) | 7 (%17,5) | 4 (%11,1) | 17 (%24,3) | 8 (%25,8) | 9 (%28,1) | 38 (%22,5) |
| Hayır | 15 (%100,0) | 116 (%75,3) | 35 (%81,4) | 30 (%68,2) | 33 (%78,6) | 33 (%82,5) | 32 (%88,9) | 53 (%75,7) | 23 (%74,2) | 23 (%71,9) | 131 (%77,5) |
| | p=0,024** | | | $\chi^2=3,168$ | p=0,366 | | | $\chi^2=3,582$ | p=0,310 | | |
| Aromaterapi uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 15 (%9,7) | 5 (%11,6) | 5 (%11,4) | 3 (%7,1) | 2 (%5,0) | 2 (%5,6) | 7 (%10,0) | 2 (%6,5) | 4 (%12,5) | 15 (%8,9) |
| Hayır | 15 (%100,0) | 139 (%90,3) | 38 (%88,4) | 39 (%88,6) | 39 (%92,9) | 38 (%95,0) | 34 (%94,4) | 63 (%90,0) | 29 (%93,5) | 28 (%87,5) | 154 (%91,1) |
| | p=0,366** | | | $\chi^2=1,638$ | p=0,651 | | | $\chi^2=1,345$ | p=0,718 | | |
| Sıcak/soğuk bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 14 (%93,3) | 153 (%99,4) | 42 (%97,7) | 44 (%100,0) | 41 (%97,6) | 40 (%100,0) | 36 (%100,0) | 70 (%100,0) | 30 (%96,8) | 31 (%96,9) | 167 (%98,8) |
| Hayır | 1 (%6,7) | 1 (%0,6) | 1 (%2,3) | - | 1 (%2,4) | - | - | - | 1 (%3,2) | 1 (%3,1) | 2 (%1,2) |
| | p=0,170** | | | $\chi^2=2,001$ | p=0,572 | | | $\chi^2=3,407$ | p=0,333 | | |
| Sıcak/soğuk uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 14 (%93,3) | 147 (%95,5) | 41 (%95,3) | 44 (%100,0) | 38 (%90,5) | 38 (%95,0) | 36 (%100,0) | 68 (%97,1) | 27 (%87,1) | 30 (%93,8) | 161 (%95,3) |
| Hayır | 1 (%6,7) | 7 (%4,5) | 2 (%4,7) | - | 4 (%9,5) | 2 (%5,0) | - | 2 (%2,9) | 4 (%12,9) | 2 (%6,2) | 8 (%4,7) |
| | p=0,532** | | | $\chi^2=4,330$ | p=0,228 | | | $\chi^2=7,086$ | p=0,069 | | |

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde " χ^2 -çapraz tabloları" kullanılmıştır.

Eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan 127 hemşirenin (% 82.5) masaj uygulamasını bildiği ve 99 hemşirenin (% 64.3) uyguladığı saptandı. Masaj uygulamasını dahiliye servisinde 29 hemşirenin (%67.4), cerrahi servisinde 26 hemşirenin (%59.1), dahiliye yoğun bakımda 30 hemşirenin (%71.4), cerrahi yoğun bakımda 23 hemşirenin (%57.5) uyguladığı belirlendi.

Sıcak/ soğuk uygulama yöntemi ile çalışma yılı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($P>0.05$). Çalışma süresi 3 yıl altı olan 36 hemşirenin (%100) hepsinin bu yöntemi uyguladığı, 10 yıl üzeri olan 30 hemşirenin (%93.8) uyguladığı tespit edildi.

Eğitim düzeyi ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden aromaterapi yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0.024$). Eğitim düzeyi lise olan 15 hemşirenin (%100) tamamının aromaterapi uygulamasını bilmediği, eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan 38 hemşirenin (%24.7) aromaterapi uygulamasını bildiği tespit edilmiştir.

Tablo 7. Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumlarının Dağılımları (Devam)

| Ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemler | Eğitim düzeyi | | Çalışılan klinik | | | Çalışma süresi | | | | | Toplam (N=169/%) |
|--------------------------------------|--|---------------------------|-------------------|--|------------------------|-----------------------|---------------------|--|-------------------|-----------------------|------------------|
| | Lise (n=15/%) | Lisans ve üzeri (n=154/%) | Dahiliye (n=43/%) | Cerrahi (n=44/%) | Dahiliye Y.B. (n=42/%) | Cerrahi Y.B. (n=40/%) | 3 yıl altı (n=36/%) | 3-6 yıl (n=70/%) | 7-10 yıl (n=31/%) | 10 yıl üzeri (n=32/%) | |
| Masaj bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 13 (%86,7) | 127 (%82,5) | 35 (%81,4) | 35 (%79,5) | 36 (%85,7) | 34 (%85,0) | 33 (%91,7) | 53 (%75,7) | 24 (%77,4) | 30 (%93,8) | 140 (%82,8) |
| Hayır | 2 (%13,3) | 27 (%17,5) | 8 (%18,6) | 9 (%20,5) | 6 (%14,3) | 6 (%15,0) | 3 (%8,3) | 17 (%24,3) | 7 (%22,6) | 2 (%6,3) | 29 (%17,2) |
| | p=0,506** | | | $\chi^2=0,774$ p=0,856 | | | | $\chi^2=7,794$ p=0,051 | | | |
| Masaj uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 9 (%60,0) | 99 (%64,3) | 29 (%67,4) | 26 (%59,1) | 30 (%71,4) | 23 (%57,5) | 24 (%66,7) | 45 (%64,3) | 14 (%45,2) | 25 (%78,1) | 108 (%63,9) |
| Hayır | 6 (%40,0) | 55 (%35,7) | 14 (%32,6) | 18 (%40,9) | 12 (%28,6) | 17 (%42,5) | 12 (%33,3) | 25 (%35,7) | 17 (%54,8) | 7 (%21,9) | 61 (%36,1) |
| | $\chi^2=0,002$ p=0,961 | | | $\chi^2=2,417$ p=0,490 | | | | $\chi^2=7,650$ p=0,054 | | | |
| Aromaterapi bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 38 (%24,7) | 8 (%18,6) | 14 (%31,8) | 9 (%21,4) | 7 (%17,5) | 4 (%11,1) | 17 (%24,3) | 8 (%25,8) | 9 (%28,1) | 38 (%22,5) |
| Hayır | 15 (%100,0) | 116 (%75,3) | 35 (%81,4) | 30 (%68,2) | 33 (%78,6) | 33 (%82,5) | 32 (%88,9) | 53 (%75,7) | 23 (%74,2) | 23 (%71,9) | 131 (%77,5) |
| | p=0,024** | | | $\chi^2=3,168$ p=0,366 | | | | $\chi^2=3,582$ p=0,310 | | | |
| Aromaterapi uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 15 (%9,7) | 5 (%11,6) | 5 (%11,4) | 3 (%7,1) | 2 (%5,0) | 2 (%5,6) | 7 (%10,0) | 2 (%6,5) | 4 (%12,5) | 15 (%8,9) |
| Hayır | 15 (%100,0) | 139 (%90,3) | 38 (%88,4) | 39 (%88,6) | 39 (%92,9) | 38 (%95,0) | 34 (%94,4) | 63 (%90,0) | 29 (%93,5) | 28 (%87,5) | 154 (%91,1) |
| | p=0,366** | | | $\chi^2=1,638$ p=0,651 | | | | $\chi^2=1,345$ p=0,718 | | | |
| Sıcak/soğuk bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 14 (%93,3) | 153 (%99,4) | 42 (%97,7) | 44 (%100,0) | 41 (%97,6) | 40 (%100,0) | 36 (%100,0) | 70 (%100,0) | 30 (%96,8) | 31 (%96,9) | 167 (%98,8) |
| Hayır | 1 (%6,7) | 1 (%0,6) | 1 (%2,3) | - | 1 (%2,4) | - | - | - | 1 (%3,2) | 1 (%3,1) | 2 (%1,2) |
| | p=0,170** | | | $\chi^2=2,001$ p=0,572 | | | | $\chi^2=3,407$ p=0,333 | | | |
| Sıcak/soğuk uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 14 (%93,3) | 147 (%95,5) | 41 (%95,3) | 44 (%100,0) | 38 (%90,5) | 38 (%95,0) | 36 (%100,0) | 68 (%97,1) | 27 (%87,1) | 30 (%93,8) | 161 (%95,3) |
| Hayır | 1 (%6,7) | 7 (%4,5) | 2 (%4,7) | - | 4 (%9,5) | 2 (%5,0) | - | 2 (%2,9) | 4 (%12,9) | 2 (%6,2) | 8 (%4,7) |
| | p=0,532** | | | $\chi^2=4,330$ p=0,228 | | | | $\chi^2=7,086$ p=0,069 | | | |

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde " χ^2 -çapraz tabloları" kullanılmıştır.

Çalışılan klinik ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden meditasyon yöntemini uygulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($\chi^2=13,386$; $p<0.05$). Çalıştığı klinik cerrahi yoğun bakım olan 11 hemşirenin (%27.5) meditasyon yöntemini uyguladığı, cerrahi kliniğinde çalışan 42 hemşirenin (%95.5) meditasyon uygulamadığı saptandı. Hemşirelerin meditasyon yöntemini bilme durumlarına bakıldığında cerrahi servisinde çalışan 20 hemşirenin (%45.5), cerrahi yoğun bakımda çalışan 18 hemşirenin (%45) bu yöntemi bildiği saptandı.

Çalışma süresi ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden beslenme yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($\chi^2=8,039$; $p<0.05$). Çalışma süresi 3-6 yıl olan 51 hemşirenin (%72.9) beslenme yöntemini bildiği, çalışma süresi 3 yıl altı olan 11 hemşirenin (%30.6) beslenme yöntemini bilmediği saptandı. 3 yıl altı, 3-6 yıl ve 7-10 yıl süreyle çalışan hemşirelerde beslenme yöntemini bilme oranı, bilmeyenlere göre daha yüksekken, 10 yıl üzeri çalışan hemşirelerden beslenme yöntemini bilmeme oranı, bilenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Çalışılan klinik ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden bitki yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($\chi^2=11.272$; $p=0.010$). Cerrahi servisinde çalışan 29 hemşirenin (%65.9) bitki yöntemini bildiği, dahiliye servisinde çalışan 28 hemşirenin (%65.1) bitki yöntemini bilmediği belirlendi. Dahiliye, dahiliye yoğun bakım ve cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerde bitki yöntemini bilmeme oranı, bilenlere göre daha yüksekken, cerrahi birimde çalışan hemşirelerde bitki yöntemini bilmeme oranı, bilenlere göre daha düşük olduğu saptandı.

Çalışılan klinik ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden bitki yöntemini uygulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($\chi^2=8.517$; $p<0.05$). Cerrahi servisinde çalışan 23 hemşirenin (%52.3) bitki yöntemini uyguladığı, dahiliye servisinde çalışan 31 hemşirenin (%72.1) bitki yöntemini uygulamadığı belirlendi. Dahiliye, dahiliye yoğun bakım ve cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerde bitki yöntemini daha az uygularken cerrahi birimde çalışan hemşirelerde bitki yöntemini daha fazla uyguladıkları belirlendi.

Tablo 7. Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması (Devam)

| Ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemler | Eğitim düzeyi | | Çalışılan klinik | | | Cerrahi Y.B. (n=40/%) | 3 yıl altı (n=36/%) | Çalışma süresi | | | Toplam (N=169/%) |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| | Lise (n=15/%) | Lisans ve üzeri (n=154/%) | Dahiliye (n=43/%) | Cerrahi (n=44/%) | Dahiliye Y.B. (n=42/%) | | | 3-6 yıl (n=70/%) | 7-10 yıl (n=31/%) | 10 yıl üzeri (n=32/%) | |
| Meditasyon bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 4 (%26,7) | 60 (%39,0) | 13 (%30,2) | 20 (%45,5) | 13 (%31,0) | 18 (%45,0) | 15 (%41,7) | 25 (%35,7) | 11 (%35,5) | 13 (%40,6) | 64 (%37,9) |
| Hayır | 11 (%73,3) | 94 (%61,0) | 30 (%69,8) | 24 (%54,5) | 29 (%69,0) | 22 (%55,0) | 21 (%58,3) | 45 (%64,3) | 20 (%64,5) | 19 (%59,4) | 105 (%62,1) |
| | $\chi^2=0,433$ p=0,510 | | $\chi^2=3,860$ p=0,277 | | | $\chi^2=0,537$ p=0,911 | | | | | |
| Meditasyon uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 2 (%13,3) | 19 (%12,3) | 2 (%4,7) | 2 (%4,5) | 6 (%14,3) | 11 (%27,5) | 3 (%8,3) | 10 (%14,3) | 3 (%9,7) | 5 (%15,6) | 21 (%12,4) |
| Hayır | 13 (%86,7) | 135 (%87,7) | 41 (%95,3) | 42 (%95,5) | 36 (%85,7) | 29 (%72,5) | 33 (%91,7) | 60 (%85,7) | 28 (%90,3) | 27 (%84,4) | 148 (%87,6) |
| | p=0,583** | | $\chi^2=13,386$ p=0,004 | | | $\chi^2=1,293$ p=0,731 | | | | | |
| Beslenme bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 12 (%80,0) | 96 (%62,3) | 22 (%51,2) | 33 (%75,0) | 30 (%71,4) | 23 (%57,5) | 25 (%69,4) | 51 (%72,9) | 17 (%54,8) | 15 (%46,9) | 108 (%63,9) |
| Hayır | 3 (%20,0) | 58 (%37,7) | 21 (%48,8) | 11 (%25,0) | 12 (%28,6) | 17 (%42,5) | 11 (%30,6) | 19 (%27,1) | 14 (%45,2) | 17 (%53,1) | 61 (%36,1) |
| | $\chi^2=1,162$ p=0,281 | | $\chi^2=7,117$ p=0,068 | | | $\chi^2=8,039$ p=0,045 | | | | | |
| Beslenme uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 10 (%66,7) | 78 (%50,6) | 16 (%37,2) | 24 (%54,5) | 28 (%66,7) | 20 (%50,0) | 23 (%63,9) | 39 (%55,7) | 15 (%48,4) | 11 (%34,4) | 88 (%52,1) |
| Hayır | 5 (%33,3) | 76 (%49,4) | 27 (%62,8) | 20 (%45,5) | 14 (%33,3) | 20 (%50,0) | 13 (%36,1) | 31 (%44,3) | 16 (%51,6) | 21 (%65,6) | 81 (%47,9) |
| | $\chi^2=0,837$ p=0,360 | | $\chi^2=7,567$ p=0,056 | | | $\chi^2=6,571$ p=0,087 | | | | | |
| Bitki bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 5 (%33,3) | 70 (%45,5) | 15 (%34,9) | 29 (%65,9) | 16 (%38,1) | 15 (%37,5) | 16 (%44,4) | 32 (%45,7) | 13 (%41,9) | 14 (%43,8) | 75 (%44,4) |
| Hayır | 10 (%66,7) | 84 (%54,5) | 28 (%65,1) | 15 (%34,1) | 26 (%61,9) | 25 (%62,5) | 20 (%55,6) | 38 (%54,3) | 18 (%58,1) | 18 (%56,2) | 94 (%55,6) |
| | $\chi^2=0,397$ p=0,529 | | $\chi^2=11,272$ p=0,010 | | | $\chi^2=0,131$ p=0,988 | | | | | |
| Bitki uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 4 (%26,7) | 54 (%35,1) | 12 (%27,9) | 23 (%52,3) | 12 (%28,6) | 11 (%27,5) | 9 (%25,0) | 26 (%37,1) | 11 (%35,5) | 12 (%37,5) | 58 (%34,3) |
| Hayır | 11 (%73,3) | 100 (%64,9) | 31 (%72,1) | 21 (%47,7) | 30 (%71,4) | 29 (%72,5) | 27 (%75,0) | 44 (%62,9) | 20 (%64,5) | 20 (%62,5) | 111 (%65,7) |
| | $\chi^2=0,136$ p=0,712 | | $\chi^2=8,517$ p=0,036 | | | $\chi^2=1,797$ p=0,616 | | | | | |

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde " χ^2 -çapraz tabloları" kullanılmıştır. **Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Eğitim düzeyi ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden sanat yönetimini arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$). Eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan 36 hemşirenin (%36.4), lise mezunu 2 hemşirenin (%13.3) bu yöntemi bildiği, eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan 16 hemşirenin (%10.4) bu yöntemi uyguladığı tespit edildi.

Çalışılan klinik ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden renk yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($\chi^2=9.182$; $p<0.05$). Cerrahi servisinde çalışan 11 hemşirenin (%25) renk yöntemini bildiği, dahiliye yoğun bakımda çalışan 40 hemşirenin (%95.2) renk yöntemini bilmediği belirlendi. Renk yöntemini en çok bilen kliniğin cerrahi olduğu, bu yöntemi en çok bilmeyen kliniğin dahiliye yoğun bakım nitesi olduğu belirlendi.

Çalışılan klinik ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden biyoenerji yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($\chi^2=15.173$; $p<0.05$). Cerrahi kliniklerde çalışan 18 hemşirenin (%40.9) biyoenerji yöntemini bildiği, dahiliye yoğun bakımda çalışan 38 hemşirenin (%90.5) biyoenerji yöntemini bilmediği belirlendi. Biyoenerji yöntemini en çok bilen kliniğin cerrahi olduğu, bu yöntemi en çok bilmeyen kliniğin dahiliye yoğun bakım nitesi olduğu belirlendi.

Tablo 7. Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumlarının Dağılımları (Devam)

| Ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemler | Eğitim düzeyi | | Çalışılan klinik | | | Çalışma süresi | | | | | Toplam (N=169/%) |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| | Lise (n=15/%) | Lisans ve üzeri (n=154/%) | Dahiliye (n=43/%) | Cerrahi (n=44/%) | Dahiliye Y.B. (n=42/%) | Cerrahi Y.B. (n=40/%) | 3 yıl altı (n=36/%) | 3-6 yıl (n=70/%) | 7-10 yıl (n=31/%) | 10 yıl üzeri (n=32/%) | |
| Hayal bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 6 (%40,0) | 64 (%41,6) | 18 (%41,9) | 22 (%50,0) | 18 (%42,9) | 12 (%30,0) | 17 (%47,2) | 32 (%45,7) | 10 (%32,3) | 11 (%34,4) | 70 (%41,4) |
| Hayır | 9 (%60,0) | 90 (%58,4) | 25 (%58,1) | 22 (%50,0) | 24 (%57,1) | 28 (%70,0) | 19 (%52,8) | 38 (%54,3) | 21 (%67,7) | 21 (%65,6) | 99 (%58,6) |
| | $\chi^2=0,014$ p=0,907 | | | $\chi^2=3,524$ p=0,318 | | | $\chi^2=2,759$ p=0,430 | | | | |
| Hayal uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 4 (%26,7) | 44 (%28,6) | 9 (%20,9) | 15 (%34,1) | 14 (%33,3) | 10 (%25,0) | 9 (%25,0) | 26 (%37,1) | 7 (%22,6) | 6 (%18,8) | 48 (%28,4) |
| Hayır | 11 (%73,3) | 110 (%71,4) | 34 (%79,1) | 29 (%65,9) | 28 (%66,7) | 30 (%75,0) | 27 (%75,0) | 44 (%62,9) | 24 (%77,4) | 26 (%81,2) | 121 (%71,6) |
| | p=0,571** | | | $\chi^2=2,611$ p=0,456 | | | $\chi^2=4,817$ p=0,186 | | | | |
| Biyo geribildirim | | | | | | | | | | | |
| Evet | 1 (%6,7) | 13 (%8,4) | 1 (%2,3) | 7 (%15,9) | 2 (%4,8) | 4 (%10,0) | 2 (%5,6) | 9 (%12,9) | - | 3 (%9,4) | 14 (%8,3) |
| Hayır | 14 (%93,3) | 141 (%91,6) | 42 (%97,7) | 37 (%84,1) | 40 (%95,2) | 36 (%90,0) | 34 (%94,4) | 61 (%87,1) | 31 (%100,0) | 29 (%90,6) | 155 (%91,7) |
| | p=0,641** | | | $\chi^2=6,217$ p=0,102 | | | $\chi^2=5,130$ p=0,163 | | | | |
| Biyogeribildirim uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 1 (%6,7) | 7 (%4,5) | - | 4 (%9,1) | 1 (%2,4) | 3 (%7,5) | 2 (%5,6) | 6 (%8,6) | - | - | 8 (%4,7) |
| Hayır | 14 (%93,3) | 147 (%95,5) | 43 (%100,0) | 40 (%90,9) | 41 (%97,6) | 37 (%92,5) | 34 (%94,4) | 64 (%91,4) | 31 (%100,0) | 32 (%100,0) | 161 (%95,3) |
| | p=0,532** | | | $\chi^2=5,183$ p=0,159 | | | $\chi^2=5,470$ p=0,140 | | | | |
| Dans bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 33 (%21,4) | 8 (%18,6) | 14 (%31,8) | 6 (%14,3) | 5 (%12,5) | 6 (%16,7) | 17 (%24,3) | 4 (%12,9) | 6 (%18,8) | 33 (%19,5) |
| Hayır | 15 (%100,0) | 121 (%78,6) | 35 (%81,4) | 30 (%68,2) | 36 (%85,7) | 35 (%87,5) | 30 (%83,3) | 53 (%75,7) | 27 (%87,1) | 26 (%81,2) | 136 (%80,5) |
| | p=0,044** | | | $\chi^2=6,245$ p=0,100 | | | $\chi^2=2,074$ p=0,557 | | | | |
| Dans uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 16 (%10,4) | 2 (%4,7) | 7 (%15,9) | 4 (%9,5) | 3 (%7,5) | | | | | |
| Hayır | 15 (%100,0) | 138 (%89,6) | 41 (%95,3) | 37 (%84,1) | 38 (%90,5) | 37 (%92,5) | | | | | |
| | p=0,210** | | | $\chi^2=3,475$ p=0,324 | | | $\chi^2=5,026$ p=0,170 | | | | |

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde " χ^2 -çapraz tabloları" kullanılmıştır. **Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Çalışılan klinik ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden hayal kurma yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p > 0.05$). Cerrahi servisinde çalışan 22 hemşirenin (%50), cerrahi yoğun bakımda çalışan 12 hemşirenin (%30), dahiliye servisinde 18 hemşirenin (%41.9), dahiliye yoğun bakımda çalışan 18 hemşirenin (%42.9) bu yöntemi bilmediği tespit edildi.

Eğitim düzeyi ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden biyo geribildirim yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p > 0.05$). Eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan 13 hemşirenin (%8.4), lise mezunu olan 1 hemşirenin (%6.7) bu yöntemi bilmediği saptandı.

Eğitim düzeyi ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden dans yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.005$). Lise eğitim düzeyinde olan hemşirelerin tamamının (%100) dans yöntemini bilmediği, eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan 33 hemşirenin (%21.4) dans eğitimini bildiği belirlendi.

Tablo 7. Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumlarının Dağılımları (Devam)

| Ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemler | Eğitim düzeyi | | Çalışılan klinik | | | Çalışma süresi | | | | | Toplam (N=169/%) |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| | Lise (n=15/%) | Lisans ve üzeri (n=154/%) | Dahiliye (n=43/%) | Cerrahi (n=44/%) | Dahiliye Y.B. (n=42/%) | Cerrahi Y.B. (n=40/%) | 3 yıl altı (n=36/%) | 3-6 yıl (n=70/%) | 7-10 yıl (n=31/%) | 10 yıl üzeri (n=32/%) | |
| Müzik bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 6 (%40) | 82 (%53,2) | 20 (%46,5) | 25 (%56,8) | 23 (%54,8) | 20 (%50) | 25 (%69,4) | 36 (%51,4) | 12 (%38,7) | 15 (%46,9) | 88 (%52,1) |
| Hayır | 9 (%60) | 72 (%47,8) | 23 (%53,5) | 19 (%43,2) | 19 (%45,2) | 20,0 (%50) | 11 (%30,6) | 34 (%48,6) | 19 (%61,3) | 17 (%53,1) | 81 (%47,9) |
| | $\chi^2=0,504$ p=0,478 | | $\chi^2=1,120$ p=0,772 | | | $\chi^2=6,929$ p=0,074 | | | | | |
| Müzik uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 4 (%26,7) | 63 (%40,9) | 14 (%32,6) | 21 (%47,7) | 17 (%40,5) | 15 (%37,5) | 16 (%44,4) | 30 (%42,9) | 9 (%29) | 12 (%37,5) | 67 (%39,6) |
| Hayır | 11 (%73,3) | 91 (%59,1) | 29 (%67,4) | 23 (%52,3) | 25 (%59,5) | 25 (%62,5) | 20 (%55,6) | 40 (%57,1) | 22 (%71) | 20 (%62,5) | 102 (%60,4) |
| | $\chi^2=1,159$ p=0,282 | | $\chi^2=2,193$ p=0,533 | | | $\chi^2=2,169$ p=0,538 | | | | | |
| Dua bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 10 (%66,7) | 94 (%61,0) | 31 (%72,1) | 33 (%75,0) | 20 (%47,6) | 20 (%50) | 22 (%61,1) | 47 (%67,1) | 18 (%58,1) | 17 (%53,1) | 104 (%61,5) |
| Hayır | 5 (%33,3) | 60 (%39,0) | 12 (%27,9) | 11 (%25,0) | 22 (%52,4) | 20 (%50) | 14 (%38,9) | 23 (%32,9) | 13 (%41,9) | 15 (%46,9) | 65 (%38,5) |
| | $\chi^2=0,022$ p=0,881 | | $\chi^2=11,081$ p=0,011 | | | $\chi^2=2,047$ p=0,563 | | | | | |
| Dua uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 8 (%53,3) | 76 (%49,4) | 23 (%53,5) | 26 (%59,1) | 17 (%40,5) | 18 (%45) | 16 (%44,4) | 39 (%55,7) | 15 (%48,4) | 14 (%43,8) | 84 (%49,7) |
| Hayır | 7 (%46,7) | 78 (%50,6) | 20 (%46,5) | 18 (%40,9) | 25 (%59,5) | 22 (%55) | 20 (%55,6) | 31 (%44,3) | 16 (%51,6) | 18 (%56,2) | 85 (%50,3) |
| | $\chi^2=0,001$ p=0,981 | | $\chi^2=3,582$ p=0,310 | | | $\chi^2=1,885$ p=0,597 | | | | | |
| Hipnoz bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 27 (%17,5) | 9 (%20,9) | 10 (%22,7) | 2 (%4,8) | 6 (%15) | 5 (%13,9) | 13 (%18,6) | 3 (%9,7) | 6 (%18,8) | 27 (%16,0) |
| Hayır | 15 (%100) | 127 (%82,5) | 34 (%79,1) | 34 (%77,3) | 40 (%95,2) | 34 (%85) | 31 (%86,1) | 57 (%81,4) | 28 (%90,3) | 26 (%81,2) | 142 (%84,0) |
| | $p=0,133^{**}$ | | $\chi^2=6,243$ p=0,100 | | | $\chi^2=1,568$ p=0,667 | | | | | |
| Hipnoz uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 2 (%1,3) | - | 1 (%2,3) | - | 1 (%2,5) | - | 1 (%1,4) | - | 1 (%3,1) | 2 (%1,2) |
| Hayır | 15 (%100) | 152 (%98,7) | 43 (%100) | 43 (%97,7) | 42 (%100) | 39 (%97,5) | 36 (%100) | 69 (%98,6) | 31 (%100) | 31 (%96,9) | 167 (%98,8) |
| | $p=0,830^{**}$ | | $\chi^2=2,057$ p=0,561 | | | $\chi^2=1,870$ p=0,600 | | | | | |

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde " χ^2 -çapraz tabloları" kullanılmıştır.

Hemşirelerin ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemleri bilme ve uygulama durumlarına bakıldığında eğitim düzeyi lise mezunu olan 4 hemşirenin (%26.7), lisans ve üzeri olan 63 hemşirenin (% 40.9) bu yöntemi uyguladığı görüldü. Eğitim düzeyi ile müzik yöntemini uygulamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$).

Çalışma süresi ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden müzik yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$). Çalışma süresi 3 yıl altı olan 25 hemşirenin (%69.4), 3-6 yıl olan 36 hemşirenin (% 51.4), 7-10 yıl olan 12 hemşirenin (%38.7), 10 yıl üzeri olan 15 hemşirenin (%46.9) müzik yöntemini bildiği tespit edildi.

Çalışılan klinik ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden dua etme yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Dahiliye servisin de çalışan 31 hemşirenin (%72.1), cerrahi servisinde çalışan 33 hemşirenin (%75) dua etme yöntemini bildiği, dahiliye yoğun bakımda çalışan 22 hemşirenin (%52.4), cerrahi yoğun bakımda çalışan 20 hemşirenin (%50) dua etme yöntemini bilmediği tespit edildi. Dahiliye ve cerrahi kliniğinde çalışan hemşirelerin dua yöntemini bilme oranı, bilmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 7. Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumlarının Dağılımları (Devam)

| Ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemler | Eğitim düzeyi | | Çalışılan klinik | | | Çalışma süresi | | | 10 yıl üzeri (n=32/%) | Toplam (N=169/%) | |
|--------------------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|-------------------|
| | Lise (n=15/%) | Lisans ve üzeri (n=154/%) | Dahiliye (n=43/%) | Cerrahi (n=44/%) | Dahiliye Y.B. (n=42/%) | Cerrahi Y.B. (n=40/%) | 3 yıl altı (n=36/%) | 3-6 yıl (n=70/%) | | | 7-10 yıl (n=31/%) |
| Reiki bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 13 (%8,4) | 3 (%7,0) | 4 (%9,1) | 3 (%7,1) | 3 (%7,5) | 1 (%2,8) | 7 (%10) | 1 (%3,2) | 4 (%12,5) | 13 (%7,7) |
| Hayır | 15 (%100) | 141 (%91,6) | 40 (%93,0) | 40 (%90,9) | 39 (%92,9) | 37 (%92,5) | 35 (%97,2) | 63 (%90) | 30 (%96,8) | 28 (%87,5) | 156 (%92,3) |
| | | p=0,609** | | χ²=0,172 | p=0,982 | | | χ²=3,662 | p=0,300 | | |
| Reiki uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 3 (%1,9) | 1 (%2,3) | - | 1 (%2,4) | 1 (%2,5) | - | - | 1 (%3,2) | 2 (%6,3) | 3 (%1,8) |
| Hayır | 15 (%100) | 151 (%98,1) | 42 (%97,7) | 44 (%100,0) | 41 (%97,6) | 39 (%97,5) | 36 (%100) | 70 (%100) | 30 (%96,8) | 30 (%93,8) | 166 (%98,2) |
| | | p=0,755** | | χ²=1,079 | p=0,782 | | | χ²=5,965 | p=0,113 | | |
| Akapunktur bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 40 (%26,0) | 11 (%25,6) | 10 (%22,7) | 9 (%21,4) | 10 (%25,0) | 6 (%16,7) | 22 (%31,4) | 3 (%9,7) | 9 (%28,1) | 40 (%23,7) |
| Hayır | 15 (%100) | 114 (%74,0) | 32 (%74,4) | 34 (%77,3) | 33 (%78,6) | 30 (%75,0) | 30 (%83,3) | 48 (%68,6) | 28 (%90,3) | 23 (%71,9) | 129 (%76,3) |
| | | p=0,023** | | χ²=0,265 | p=0,967 | | | χ²=7,021 | p=0,071 | | |
| Akapunktur uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 8 (%5,2) | - | 1 (%2,3) | 4 (%9,5) | 3 (%7,5) | - | 4 (%5,7) | 1 (%3,2) | 3 (%9,4) | 8 (%4,7) |
| Hayır | 15 (%100) | 146 (%94,8) | 43 (%100) | 43 (%97,7) | 38 (%90,5) | 37 (%92,5) | 36 (%100) | 66 (%94,3) | 30 (%96,8) | 29 (%90,6) | 161 (%95,3) |
| | | p=0,468** | | χ²=5,543 | p=0,136 | | | χ²=3,623 | p=0,305 | | |
| Kaplıca bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 6 (%40) | 76 (%49,4) | 19 (%44,2) | 24 (%54,5) | 21 (%50) | 18 (%45) | 16 (%44,4) | 40 (%57,1) | 14 (%45,2) | 12 (%37,5) | 82 (%48,5) |
| Hayır | 9 (%60) | 78 (%50,6) | 24 (%55,8) | 20 (%45,5) | 21 (%50) | 22 (%55) | 20 (%55,6) | 30 (%42,9) | 17 (%54,8) | 20 (%62,5) | 87 (%51,5) |
| | | χ²=0,478 | | χ²=1,198 | p=0,753 | | | χ²=4,019 | p=0,259 | | |
| Kaplıca uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 1 (%6,7) | 38 (%24,7) | 12 (%27,9) | 12 (%27,3) | 8 (%19) | 7 (%17,5) | 7 (%19,4) | 20 (%28,6) | 8 (%25,8) | 4 (%12,5) | 39 (%23,1) |
| Hayır | 14 (%93,3) | 116 (%75,3) | 31 (%72,1) | 32 (%72,7) | 34 (%81) | 33 (%82,5) | 29 (%80,6) | 50 (%71,4) | 23 (%74,2) | 28 (%87,5) | 130 (%76,9) |
| | | p=0,114** | | χ²=2,086 | p=0,555 | | | χ²=3,605 | p=0,307 | | |

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "χ²-çapraz tabloları" kullanılmıştır. **Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Tablo 7. Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumlarının Dağılımları (Devam)

| Ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemler | Eğitim düzeyi | | Çalışılan klinik | | | Çalışma süresi | | | | | Toplam (N=169/%) |
|--------------------------------------|------------------|---------------------------|--|------------------|------------------------|--|---------------------|------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| | Lise (n=15/%) | Lisans ve üzeri (n=154/%) | Dahiliye (n=43/%) | Cerrahi (n=44/%) | Dahiliye Y.B. (n=42/%) | Cerrahi Y.B. (n=40/%) | 3 yıl altı (n=36/%) | 3-6 yıl (n=70/%) | 7-10 yıl (n=31/%) | 10 yıl üzeri (n=32/%) | |
| Siropraksi bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 1 (%6,7) | 10 (%6,5) | 2 (%4,7) | 7 (%15,9) | 2 (%4,8) | - | 2 (%5,6) | 4 (%5,7) | 2 (%6,5) | 3 (%9,4) | 11 (%6,5) |
| Hayır | 17 (%93,3) | 144 (%93,5) | 41 (%95,3) | 37 (%84,1) | 40 (%95,2) | 40 (%100) | 34 (%94,4) | 66 (%94,3) | 29 (%93,5) | 29 (%90,6) | 158 (%93,5) |
| | p=0,652** | | $\chi^2=2,076$ p=0,150 | | | $\chi^2=0,559$ p=0,906 | | | | | |
| Siropraksi uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | - | 5 (%3,2) | 1 (%2,3) | 3 (%6,8) | 1 (%2,4) | - | 1 (%2,8) | 2 (%2,9) | - | 2 (%6,2) | 5 (%3) |
| Hayır | 15 (%100) | 149 (%96,8) | 42 (%97,7) | 41 (%93,2) | 41 (%97,6) | 40 (%100) | 35 (%97,2) | 68 (%97,1) | 31 (%100) | 30 (%93,8) | 164 (%97) |
| | p=0,625** | | $\chi^2=3,611$ p=0,307 | | | $\chi^2=2,159$ p=0,540 | | | | | |
| Yoga bilme | | | | | | | | | | | |
| Evet | 2 (%13,3) | 36 (%23,4) | 8 (%18,6) | 13 (%29,5) | 7 (%16,7) | 10 (%25) | 8 (%22,2) | 15 (%21,4) | 6 (%19,4) | 9 (%28,1) | 38 (%22,5) |
| Hayır | 13 (%86,7) | 118 (%76,6) | 35 (%81,4) | 31 (%70,5) | 35 (%83,3) | 30 (%75) | 28 (%77,8) | 55 (%78,6) | 25 (%80,6) | 23 (%71,9) | 131 (%77,5) |
| | p=0,525** | | $\chi^2=2,591$ p=0,459 | | | $\chi^2=0,805$ p=0,848 | | | | | |
| Yoga uygulama | | | | | | | | | | | |
| Evet | 1 (%6,7) | 10 (%6,5) | 1 (%2,3) | 4 (%9,1) | 3 (%7,1) | 3 (%7,5) | 1 (%2,8) | 5 (%7,1) | 3 (%9,7) | 2 (%6,2) | 11 (%6,5) |
| Hayır | 14 (%93,3) | 144 (%93,5) | 42 (%97,7) | 40 (%90,9) | 39 (%92,9) | 37 (%92,5) | 35 (%97,2) | 65 (%92,9) | 28 (%90,3) | 30 (%93,8) | 158 (%93,5) |
| | p=0,652** | | $\chi^2=1,811$ p=0,613 | | | $\chi^2=1,385$ p=0,709 | | | | | |

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde " χ^2 -çapraz tabloları" kullanılmıştır.

Eğitim düzeyi ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden akupunktur yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Eğitim düzeyi lise olan hemşirelerin tamamının (%100) akupunktur yöntemini bilmediği, lisans ve üzeri olan 40 hemşirenin (%26) bu yöntemi bildiği belirlenmiştir.

Çalışılan klinik ile ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerden yoğa yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p > 0,05$). Dahiliye servisinde çalışan 8 hemşirenin (%18.6), cerrahi servisinde çalışan 13 hemşirenin (%29.5), dahiliye yoğun bakımda çalışan 7 hemşirenin (%16.7), cerrahi yoğun bakımda çalışan 10 hemşirenin (%25) bu yöntemi bildiği saptandı.



Tablo 8. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Davranış Anketine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

| Ağrı ile İlgili Bilgi Soruları (Ham cevapların dağılımı) | Doğru | | Yanlış | |
|--|--------------|----------|---------------|----------|
| | n | % | n | % |
| 1-Bir hastanın şiddetli ağrısı olduğunu tanılamada yaşam belirtilerinde gözlenen değişiklikler önemli bir göstergedir. (Y) | 163 | 96,4 | 6 | 3,6 |
| 2-Ağrı şiddetinin hasta tarafından değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi gerekir. (Y) | 50 | 29,6 | 119 | 70,4 |
| 3-Bir hasta orta dereceli veya şiddetli ağrısına rağmen uyuyabilir. (D) | 63 | 37,3 | 106 | 62,7 |
| 4-Eğer hastanın dikkati başka yöne çekilebiliyorsa bu hastanın belirttiği gibi yüksek bir ağrı şiddetine sahip olmadığı anlamına gelir. (Y) | 93 | 55,0 | 76 | 45,0 |
| 5-Bir ağrı hafifletme yöntemine başvurulmadan önce, hastanın ağrıya mümkün olduğu kadar dayanmaya teşvik edilmesi gerekir. (Y) | 63 | 37,3 | 106 | 62,7 |
| 6-Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa ağrısı gerçek değildir. (Y) | 132 | 78,1 | 37 | 21,9 |
| 7- 2 yaşın altındaki çocuklarda nörolojik sistem tam olarak gelişmediği için ağrı hassasiyeti düşüktür ve ağrı deneyimleri sınırlıdır. (Y) | 121 | 71,6 | 48 | 28,4 |
| 8-Aspirin ve diğer NSAİ (Non-Steroidal Anti İnflamatuar) ajanlar metastazlardan kaynaklanan kronik ağrılar için etkili analjezikler değildir. (Y) | 133 | 78,7 | 36 | 21,3 |
| 9-İlaç dışı girişimler (örn: sıcak uygulama, müzik gibi) orta şiddetli ağrı için çok etkili olmaktadır, fakat çok ciddi ağrılarda etkili değildir. (Y) | 146 | 86,4 | 23 | 13,6 |
| 10-Uzun zamandır (aylardır) opioid alan | 121 | 71,6 | 48 | 28,4 |

| | | | | |
|--|-----|------|-----|------|
| hastalarda. nadiren solunum depresyonu ortaya çıkar. (D) | | | | |
| 11-Ağrılı bir hastada kombine ilaç gruplarından (örn;opioid+NSAİİ) çok tek analjezik ajan kullanılmalıdır. (Y) | 102 | 60,4 | 67 | 39,4 |
| 12-Sedatif etkili ilaçlar ağrıyı azaltmada etkilidir. (Y) | 136 | 80,5 | 33 | 19,5 |
| 13-Madde bağımlılığı öyküsü olan hastalara ağrı için opioidlerin verilmemesi gerekir, çünkü bu hastalar tekrarlayan bağımlılık için yüksek risk altındadır. (Y) | 144 | 85,2 | 25 | 14,8 |
| 14- 11 yaşından küçük çocuklar tarafından belirtilen ağrıya güvenilmemelidir, bu yüzden hemşirelerin çocuğun ağrı şiddeti konusunda anne-babalara güvenmesi gereklidir. (Y) | 60 | 35,5 | 109 | 64,5 |
| 15-Bir hastaya ilaç dışı tekniklerin ağrı ilaçları ile birlikte değil de yalnız başına kullanması önerilmelidir. (Y) | 85 | 50,3 | 84 | 49,7 |
| 16-Etkili olması için sıcak ve soğuk uygulamanın sadece ağrılı bölgeye uygulanması gereklidir. (Y) | 117 | 69,2 | 52 | 30,8 |

Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Davranış Anketine verdikleri yanıtların sayı ve yüzde dağılımları Tablo 10'da gösterilmiştir. Bu yanıtlar incelendiğinde “Bir hastanın şiddetli ağrısı olduğunu tanılamada yaşamsal belirtilerde gözlenen değişiklikler önemli bir göstergedir.” ifadesini %3.6'nın, “Ağrı şiddetinin hasta tarafından değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi gerekir.” ifadesini ise %70.4'ün doğru yanıtladığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %37.3'nün “Bir hasta orta dereceli veya şiddetli ağrısına rağmen uyuyabilir.” ifadesine, %45'inin ise “Eğer hastanın dikkati başka yöne çekilebiliyorsa bu hastanın belirttiği gibi yüksek bir ağrı şiddetine sahip olmadığı anlamına gelir.” ifadesine doğru yanıt verdiği tespit edildi. Hemşirelerin yalnızca %62.7'si “Hafifletme yöntemine başvurulmadan önce, hastanın ağrıya mümkün olduğu kadar dayanmaya teşvik edilmesi gerekir.” ifadesine doğru cevap verdiği tespit

edilmiştir. Yine hemşirelerin %21.9'nun “Hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa ağrısı gerçek değildir.” ifadesine, %71.6'sının “Uzun zamandır (aylardır) opioid alan hastalarda nadiren solunum depresyonu ortaya çıkar.” ifadesine doğru cevap verdiği saptandı.

Yapılan çalışmada hemşirelerin %71.6'sının “2 yaşın altındaki çocuklarda nörolojik sistem tam olarak gelişmediği için ağrı hassasiyeti düşüktür ve ağrı deneyimleri sınırlıdır.” ifadesine, %78.7'sinin “Aspirin ve diğer NSAİ (Non-Steroidal Anti İnflamatuar) ajanlar metastazlardan kaynaklanan kronik ağrılar için etkili analjezikler değildir.” ifadesine, %86.4'ünün “İlaç dışı girişimler (örn: sıcak uygulama, müzik gibi) orta şiddetli ağrı için çok etkili olmaktadır fakat çok ciddi ağrılarda etkili değildir.” ifadesine yanlış cevap verdiği görüldü.

Tablo 9. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ile İlgili Bilgi ve Davranış Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Değişken (N=169) | n | Ağrı bilgi puanı | | İstatistiksel analiz* Olasılık |
|-------------------------|-----|---------------------|------------------|--|
| | | $\bar{X} \pm S. S.$ | Median [Min-Max] | |
| Eğitim düzeyi | | | | |
| Lise | 15 | | | |
| Lisans ve üzeri | 154 | 5,46±1,88 | 6,0 [2,0-8,0] | Z=-0,441 p=0,659 |
| | | 5,99±2,41 | 6,0 [1,0-13,0] | |
| Çalışılan klinik | | | | |
| Dahiliye servisi | 43 | | | |
| Cerrahi servisi | 44 | 6,51±2,48 | 6,0 [2,0-13,0] | $\chi^2=6,173$ p=0,103 |
| Dahiliye yoğun bakım | 42 | | | |
| Cerrahi yoğun bakım | 40 | 5,29±2,41 | 5,0 [2,0-11,0] | |
| | | 6,21±2,44 | 6,0 [1,0-11,0] | |
| | | 5,78±1,97 | 5,5 [2,0-10,0] | |
| Çalışma süresi | | | | |
| 3 yıl altı | 36 | | | |
| 3-6 yıl | 70 | 5,78±2,03 | 6,0 [2,0-10,0] | $\chi^2=0,263$ p=0,967 |
| 7-10 yıl | 31 | | | |
| 10 yıl üzeri | 32 | 6,00±2,69 | 5,5 [2,0-13,0] | |
| | | 5,97±2,04 | 6,0 [2,0-11,0] | |
| | | 6,00±2,36 | 5,5 [1,0-11,0] | |

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Eğitim düzeyi, çalışılan klinik ve çalışma süresine göre ağrı bilgi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

5.TARTIŞMA

Sağlık ve tıp alanında gelişen teknolojilere rağmen hastaların hâlâ ağrı ile ilgili yakınması devam etmektedir. Ağrının etkin şekilde yönetimi için sağlık ekibinin yeterli bilgi ve davranışa sahip olmaları gerekir. Literatürde hastanın ağrısının minimuma indirilmesi veya tamamen ortadan kaldırılması hakkına sahip olduğu ve bu yüzden hemşirenin önemli bir role sahip olduğu belirtilmiştir (55).

Hemşirenin ağrı yönetiminde en önemli rolü; ağrının nedenlerini, özelliklerini, ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri, ağrının değerlendirilmesini ve ağrı geçirme uygulamalarını bilerek hastayı rahatlatmak, iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunmaktır (56).

Yapılan çalışmada hemşirelerin %99.4' ünün ağrı skalası kullandığı, Özer ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada ise %74.5'inin ağrı skalasını kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3). Bu sonuç, hemşirelerin hastaların ağrılarını ölçmek için ağrı skalasını kullanma durumlarının artmış olduğunu göstermektedir (59). Abdalrahim ve arkadaşlarının (2008) 322 postoperatif hasta kaydını inceledikleri çalışmada, hemşirelerin %4,3'ünün ağrıyı değerlendirmek amacıyla ağrı skalası kullandıkları, %95,7'sinin kullanmadığı tespit edilmiştir (73). Hemşirelerin ağrı skala kullanımının az olma nedenleri arasında hemşirelerin ağrının bir ölçek kullanılarak değerlendirilmesinin gerekli olduğuna inanmamaları ya da iş yükünün fazlalığı düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %52.1' inin ağrı yönetiminde farmakolojik ve non- farmakolojik yöntemlerini birlikte kullandıkları saptanmıştır (Tablo 6). Tercan ve Sarıtaş' ın (2017) yaptığı çalışmada %62.4' ünün farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri birlikte uyguladıkları tespit edilmiş ve yaptığımız çalışma ile paralellik göstermiştir (40). Bir başka çalışmada öğrencilerin %63.5'i ağrısı olan hastasında ağrı değerlendirmesinin ardından farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemleri birlikte kullandıkları belirlenmiştir (79). Elde edilen bulgular konu ile ilgili literatürü destekler nitelikte olup, ağrı yönetiminde en fazla farmakolojik olmayan yöntemlerden faydalandıkları düşünülebilir.

Efe ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada ise, Türkiye'de bazı illerde çocuk servislerinde çalışan çocuk hekimi ve hemşirelerin yeni doğanlar da ağrı konusundaki bilgi ve uygulamaları isimli çalışmalarında hemşirelerin %63.8' i non-

farmakolojik yöntemleri uyguladıkları tespit edilmiştir (70). Yaptığımız araştırmada ise hemşirelerin %20'lik kısmının sadece non-farmakolojik yöntemleri uyguladıkları tespit edildi. Bu sonuçlara göre çalışılan servislere göre non- farmakolojik yöntemleri uygulama durumlarının değiştiği düşünülebilir.

Ağrı konusunda yapılan araştırma sonuçlarında, hekim ve hemşirelerin kolay uygulanabilir olması ve etkisinin hızlı olması nedeniyle hastanın ağrısının azaltmada çoğunlukla farmakolojik yöntemleri kullandıkları görülmüştür. Yılmaz ve Gürler'in (2011) yaptığı bir araştırmada hemşirelerin ameliyat sonrası ağrısı olan hastada sadece analjezik uyguladıkları, farmakolojik olmayan yöntemleri uygulamadıkları saptanmıştır (78). Gündoğan Akdağ' ın (2008) yaptığı bir çalışmada, hemşirelerden %54.2' si ilaç dışı yöntemlerin order edildiğini, bu yöntemlerin %31' i soğuk uygulama, %28'i sıcak uygulama, %23'ü fizyoterapi, %8.9'u TENS, %0.5' i diğer ilaç dışı girişimler olduğunu belirtmiştir (72).

Hemşirelerin ilaç dışı yöntemlerden en fazla masaj, sıcak-soğuk uygulama, beslenme tedavisi ve müzik dinleme yöntemlerini bildikleri görülmüştür (Tablo 7). Özveren ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada ilaç dışı yöntemlerden pozisyon verme (%48.3), sıcak uygulama (%17.2), dikkati başka yöne çekme (%27.3) ve masaj uygulama (%23.9) yöntemlerini kullandıkları görülmüştür (27). Ünver ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir araştırmada ise,yarıdan fazlasının (%55.5) hastasının dikkatini dağıtmaya çalışma, %38.9 masaj/ egzersiz uygulatma, %30.6 sakin bir ortam sağlama, %13.9 sıcak uygulama, % 5.6 soğuk uygulama yaptırdığı belirtilmiştir (81).

Araştırma sonucunda ağrıyı azaltmak için eğitim düzeyi lisans ve üzeri olanların masaj yöntemini %82.5' nin bildiği ve %64.3'nün uyguladığı tespit edildi (Tablo 7). Değirmen ve arkadaşlarının (2009) sezeryan olan hastaların postoperatif ağrısının azaltılması üzerinde el ve ayak masajının etkinliğini belirlemek amacıyla planlanan randomize kontrollü çalışmasında, el ve ayak masajının postoperatif ağrının kontrol altına alınmasında etkili yöntemler olduğu masaj süresiyle ağrı azaltıcı etkinin doğru orantılı olarak arttığı sonucuna ulaşılmıştır (64). Deri ve mukozada bulunan nosiseptörler diğer bölgelerle kıyaslandığında el ve ayaklarda daha fazla sayıda bulunmaktadır. Bu nedenle el ve ayaklara uygulanan masaj daha etkili ve hızlı sonuçlar verebilir (76). Başka bir araştırmada ise hastalara ameliyat sonrasında ağrı kesici

verilmesine rağmen hafif düzeyde ağrı yaşadıkları ve masaj uygulanmasıyla birlikte bu ağrıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (80).

Yaptığımız araştırmada cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin %79.5' nin, cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %85' i ağrı yönetiminde masaj tekniğini kullandıklarını belirtti (Tablo 7). Karadağ ve Taşçı' nın (2005) hemşirelerin verdikleri bakımı değerlendirmek amacı ile yaptıkları araştırmada, cerrahi kliniğinde çalışan hemşirelerin yalnızca %28.6' sının masaj uyguladıklarını belirtmiştir (66). Gün geçtikçe hemşirelerin ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemleri kullanmalarının arttığı söylenebilir.

Hemşirelerin ağrı yönetiminde hastaların ağrılarını azaltmak için kullandıkları ilaç dışı yöntemlerden masaj yöntemini eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan hemşirelerin %64.3' nün, sıcak/soğuk uygulama yöntemini %95.5' nin uyguladığı saptandı (Tablo 7). Arıkan ve arkadaşlarının (2007) annelerin yaş ve eğitim düzeylerinin ilaç dışı yöntemlerle çocuklardaki ağrı kontrolü uygulamalarına etkisini araştırdıkları çalışmada, annelerin çoğunlukla ilaç dışı yöntemlerden; %81.5' inin masaj yöntemini, %66'sının sıcak uygulamayı ve %59.9'unun soğuk uygulamayı kullandıklarını belirtmişlerdir (69).

Ağrıyı azaltmak için Yılmaz'ın (2011) yaptığı bir araştırmada hemşirelerin %74.6'sı sıcak/soğuk uygulama yöntemini kullandıkları belirtilmiştir (67). Yaptığımız araştırmada cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin %100' ü sıcak/ soğuk uygulama yöntemini kullandıkları görüldü (Tablo 7). İnan ve arkadaşının (2014) araştırmasında, sıcak uygulama yapan grupla soğuk uygulama yapan grupların ağrıları arasında anlamlı bir fark olmadığı, sıcak/ soğuk uygulamanın ağrıyı azaltmada etkili olduğunu görülmüştür (82). Literatür sonuçlarına göre ağrı yönetiminde masaj tekniğinin kolay uygulanabilir olması nedeniyle kullanım durumunun yüksek olduğu düşünülebilir.

Bradt ve arkadaşları (2016) yaptığı araştırmada müziğin ağrı ve anksiyete seviyesini %95 oranında azalttığı belirtilmiştir (68). Yapılan araştırmada dahiliye yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %40.5' i, cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %37.5' nin müziği ağrı yönetiminde uyguladıkları saptandı (Tablo 7).

Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, %76,1'inin (erkeklerin %56'sı, kızların %84,1'i ağrı yaşadığı ve ağrı yaşayanların %46,8'inin ağrı ile baş etmede ilaç kullandığı, %34,8'inin ilaç dışı yöntemlere başvurduğu ve ağrı ile baş etmede kullanılan yöntemlerde beslenmesine dikkat edenlerin (%80) dikkat etmeyenlere göre (%44,1) daha çok ilaç kullandığı belirtilmiştir (83). Yapılan araştırmada ağrı

yönteminde lise mezunu hemşirelerin %66.7' si, lisans ve üzeri mezun olan hemşirelerin %50.6' sı beslenme yöntemini uyguladıkları saptandı (Tablo 7).

Hemşirelerin çok fazla kullanmadıkları yöntemler arasında akupressür, meditasyon, aromaterapi ve biyolojik geribildirim sayılabilir (Tablo 7). Sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin ağrıyı gidermede bu yöntemleri bilmemesi ve uygulamaması bu konu hakkında yeterli bilgi düzeyleri olmadığı ve bağımsız işlevlerini uygulamamalarıyla açıklanabilir. Ayrıca hemşirelerin kullanmadıkları bu yöntemleri uzmanlık ve sertifikasyon gerektirdiğinden dolayı uygulayamadıkları düşünülebilir. Hemşirelerin çoğunlukta kullandıkları yöntemler bağımsız rolleri arasında sayılabilir (65).

Ağrı ile ilgili hemşirelerin bilgi, davranış ve ilaç dışı yöntemleri bilme ve uygulama durumlarının incelendiği çalışmada, hemşirelerin “Bir hastanın şiddetli ağrısı olduğunu tanılamada yaşamsal belirtilerde gözlenen değişiklikler önemli bir göstergedir.” sorusunu doğru yanıtlama yüzdesi %3.6, McCaffery ve Robinson tarafından yapılan çalışma sonuçlarında % 88.4'e göre oldukça düşük bulunmuştur (57).Literatür incelendiğinde ağrı deneyiminin bireysel olduğu ve ağrının fizyolojik ve davranışsal belirtilerinin bireyden bireye farklılık gösterebildiği, ağrının şiddetinin hasta tarafından gösterilen tepkileri etkilediği belirtilmiştir (74) (Tablo 8).

Hemşirelerin çoğunluğunun (%70.4) ağrı şiddetinin sağlık personeli tarafından değil de hasta tarafından tanılanması gerektiğini düşünmesi sevindirici bir sonuçtur. Bu sonuç Clarke ve arkadaşlarının (58) çalışma sonuçları ile tutarlıdır (Tablo 8). Gündoğan Akdağ'ın (2008) yaptığı bir çalışmada ise araştırmaya katılan hemşirelerin % 12,5'i ağrı şiddetinin yoğunluğuna karar verecek olan kişinin hastanın kendisi olduğu düşüncesine kesinlikle katıldıklarını, %47'si kısmen katıldıklarını, %17,9'u bu düşünceye kesinlikle katılmadıklarını, %14,3'ü kısmen katılmadıklarını, %8,3'ü ise kararsız olduklarını belirttikleri tespit edilmiştir (72). Idvall ve arkadaşları (2002) hemşireler ve hastalar ile yaptıkları postoperatif ağrıya yönelik çalışmalarında, hastaların %24'ü hemşirelerin beklediğinden daha şiddetli yoğunlukta ağrı duyduklarını belirtmişlerdir (71).

Çelik ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir araştırmada “Bir hasta orta dereceli veya şiddetli ağrısına rağmen uyuyabilir.” sorusuna doğru yanıt verme yüzdesinin %72.7 olduğu, bu çalışma sonuçlarına göre ise %37.3'nün doğru yanıt verdiği belirtildi (55) (Tablo 8). Mc Caffery ve Robinson'un (2002) yaptığı araştırmada

hemşirelerin %90.6' sının bu soruya doğru yanıt verdikleri saptanmıştır (57). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin çalıştığı hastane ve bölgeye göre ağrı hakkındaki bilgi ve davranışlarının farklılık gösterdiği düşünülebilir.

Yapılan araştırmada, “Bir hasta plasebo ile rahatlıyorsa ağrısı gerçek değildir.” sorusuna hemşirelerin %78.1' nin yanlış yanıt verdiği saptandı. Özer ve arkadaşları (2006) ile Demir ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada benzer sonuçlar çıkmıştır (59,74) (Tablo 8). Hemşirelerin plasebo ile ilgili soruya doğru cevap verme oranının en düşük (%30) olduğu araştırma Visentin ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada bulunmuştur (60).

Plasebo etkisi, hastalıktan hastalığa değişmekle kalmaz, ülkeden ülkeye hatta bölgeden bölgeye değişiklik gösterebilir. Hekimin plaseboya inanması bile plasebo etkisinde rol oynamakta ve onu artırmaktadır. Plasebolar için ilginç olan bir durum da yol açtıkları yan etkilerdir (61). Bu açıdan plasebo uygulaması ile ilgili çalışmaya katılan hemşirelerin, ağrının farmakolojik ve non-farmakolojik yönetimi ve ağrının kişiye özel olduğu konusunda yanlış bir tutuma sahip oldukları söylenebilir.

‘2 yaşın altındaki çocuklarda nörolojik sistem tam olarak gelişmediği için ağrı hassasiyeti düşüktür ve ağrı deneyimleri sınırlıdır ‘sorusuna hemşirelerin %71.6’ sı yanlış cevapladığı saptandı (Tablo 8). Özyazıcıoğlu ve Çelebioğlu’ nun (2008) yaptığı çalışmada öğrencilerin %87.9’u yenidoğanın ağrısı hissedebileceğini ifade etmiş, öğrencilerin %34.1’i bebeklerin anne karnında iken, %38.2’si de doğar doğmaz ağrıyı algılayabileceğini belirtmiştir (84). Dahili ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocukların ağrıları hakkında yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları söylenebilir.

Hemşirelerin “İlaç dışı girişimler (örn: sıcak uygulama, müzik gibi) orta şiddetli ağrı için çok etkili olmaktadır, fakat çok ciddi ağrılarda etkili değildir.” sorusuna %86.4 gibi büyük çoğunluğu yanlış cevap verdi (Tablo 8). Özer ve arkadaşlarının (2006) yaptığı araştırmada hemşirelerin %89.4’ ünün yanlış cevap verdiği görülmüştür. Öztunç ve Kılıç’ın (2012) yaptığı bir araştırmada, kronik ağrısı olan bireylerin birçoğunun ağrıları ile baş etmede dua yöntemini kullandıkları belirtilmektedir. Yine aynı araştırmada müzikle terapinin ameliyat sonrası dönemde analjezik kullanımda azalma sağladığı tespit edilmiştir (62). İlaç dışı uygulamaların hastanın ağrı durumuna göre kullanılıp kullanılmadığı hakkın da hemşirelerin bilgi düzeylerinde farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıkların örneklemelerin özelliğinden ve eğitim farklılıklarında ve

hemşirelerin literatür takip edip etmeme durumlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hastanelerde ilaç dışı uygulamaların order edilme durumunun ise hastanın tedavisine, hastanın ağrısının şiddetine ve hastanede uygulanma durumuna bağlı değişiklik gösterebilir.

Hemşirelerin “Ağrılı bir hastada kombine ilaç gruplarından (örn: opioid+NSAİİ) çok tek analjezik ajan kullanılmalıdır” sorusuna hemşirelerin %60.4’ ü yanlış cevap vermiştir (Tablo8). Çelik ve arkadaşlarının (2018) yaptığı araştırmada hemşirelerin %67.7’ si yanlış cevap vermiştir (55). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları düşünülebilir.

Özveren ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin hastanın ağrısını gidermek için yaptığı uygulamalarda ilk sırada hastaya ağrı kesici uygulama, daha sonra pozisyon verme, dikkati başka yöne çekme, soğuk uygulama ve masaj bulunmaktadır. Bu bulgulara göre hemşirelerin ağrıyı gidermek için ağrı kesici vermeyi öncelikli tercih ettikleri görülmektedir(27).

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo- demografik (eğitim düzeyi, çalışma yılı, çalışılan klinik) özelliklerine bakılarak ağrı bilgileri ve davranış puanlarının düşük olduğu, ağrı fizyolojisi ve ağrı yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır (Tablo 9). Lebovits ve arkadaşlarının (1997) 686 sağlık bakım profesyoneli üzerinde yaptığı çalışmada da ağrı bilgi düzeyi düşük bulunmuştur (63). Özyazicioğlu ve Çelebioğlu’nun (2008) yaptıkları çalışmada ağrı bilgi düzeyinin uzun süredir çalışan hemşirelerde daha düşük olduğu saptanmıştır (84). Ekim ve Ocakçı’ nın (2013) yaptıkları çalışmalarında ise 1-5 yıl arası çalışma yılı olan hemşirelerin bilgi düzeylerinin 10 yıldan fazla çalışma yılı olan hemşirelerden daha yüksek olduğunu belirtmiştir (85). Bu sonuçlara göre hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitimler ya da hizmet içi eğitimlerde ağrı konusuna yeterince yer verilmediği düşündürmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin ağrı bilgilerini, davranış ve ilaç dışı yöntemleri kullanım durumlarını incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan 127 hemşirenin (% 82.5) masaj uygulamasını bildiği ve 99 hemşirenin (% 64.3) uyguladığı saptandı. Eğitim düzeyi ile masaj uygulama yöntemi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p=0,506$, $p >0.05$).

Araştırmaya katılan hemşireler 3 yıl altı çalışma yılı hemşirelerin %100' ü sıcak/soğuk uygulama yöntemini bildiği bulundu. Sıcak/ soğuk uygulama yöntemi ile çalışma yılı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmedi ($P>0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin meditasyon yöntemini %95.3' nün uygulamadığı tespit edilmedi. Meditasyon yöntemi uygulama ile çalışılan klinik arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p< 0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı klinik dahiliye servisi olan %34.9 hemşirenin bitki yöntemini bildiği tespit edildi. Çalışılan klinik ile bitki yöntemini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p< 0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma süresi 3 yıl altı olan % 69.4' nün beslenme yöntemini bildiği tespit edildi. Çalışma süresi ile beslenme yöntemi bilenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p< 0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan %53.2 hemşirenin müzik yöntemini bildiği tespit edildi. Eğitim düzeyi ile müzik yöntemi bilme ve uygulama arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p< 0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı klinik cerrahi servisi olan % 75 hemşirenin dua etme yöntemini bildiği tespit edildi. Çalışılan klinik ile dua etme yöntemini bilme ve uygulama yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($p< 0.05$).

Dahiliye servisinde çalışan hemşirelerin ağrı bilgi puan ortalamalarının $6,51 \pm 2,48$ olduğu tespit edildi. Çalışılan klinik ile hemşirelerin ağrı bilgi puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p > 0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Hemşirelerin ağrı ve kontrolü konusundaki farkındalıklarının artırılması
- Hemşirelerin ağrıyı tanılamada ve hastada oluşacak fizyolojik değişiklikler konusunda bilgi düzeylerini artırması
- Hemşireler arasındaki eğitim farklılığının, hizmet içi eğitimlerin her sene rutin yapılarak azaltılması
- Hemşirelerin ağrı kontrolünde yayın takibi ve bunun önemi konusunda bilgilendirilmesi
- Hemşirelik lisans eğitim süresi boyunca ağrı ve ağrı yönetimi konularına daha fazla önem verilmesi,
- Ağrı ile ilgili uygulanan girişimler sadece farmakolojik yöntemlerle sınırlı kalmamalı, non-farmakolojik uygulamaların (bağımsız) kullanımı desteklenmeli,
- Hemşirelerin hasta bakım kalitesini arttırabilmek için bilgi ve davranışlarının desteklenmesi ve hemşirelik lisans eğitim programlarında ağrı ve ağrı yönetimi konusuna daha fazla önem verilmeli,
- Mezuniyet sonrası hemşirelerin kongre/seminer/sempozyum gibi gelişimini destekleyici etkinliklere katılımının sağlanması ve desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Eti Aslan F, Badır A.** Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi Ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi Ve İnançları. Ağrı. **2005**;17(2-)
2. **Daşdemir S.** Ağrı Ve Analjezikler. TEB Yayınları. 2007 WEB- http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebhaberler/mart_nisan07/12.pdf Erişim Tarihi: **10.2.2019**
3. **Ay F.** Treatment Of Postoperative Pain And Non-Pharmacologic Practices İn Nursing Systematic Review: Results Of Turkish Doctoral Dissertation İn 2000–2015. Ağrı. **2018**;30(2):71-83
4. **Akcan E, Polat S.** Yenidoğanlarda Ağrı ve Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Derleme. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. **2017**; (2);64-69
5. International Association for the Study of Pain (IASP) Taxonomy. WEB-<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698> Erişim Tarihi:10.06.2018
6. **Büyükyılmaz F, Aştı T.** Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. **2009** ;12(2):84-85
7. **Şahin Ö.** Bir Özel Hastanede Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinin İletişim Kurulamayan Hastalarda Davranışsal Ağrı Ölçeğini Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi. T.C. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. **Danışman: Bahire ULUS.** İstanbul. **2016**
8. **Uzunçakmak T, Kılıç M.** Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı Deneyimleri Ve Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler. Ağrı. **2017**;29(3):118
9. **Yüceer S.** Nursing approaches in the postoperative pain management. Journal of Clinical and Experimental Investigations. **2011**;2(4):475-476
10. **Özveren H, Faydalı S, Özdemir S.** Hemşirelerin Ağrının Farmakolojik Olmayan Yöntemlerle Kontrolüne İlişkin Bilgi Ve Uygulamaları. Turkish Journal of Clinics and Laboratory. **2016**: 7(4); 99-105
11. **Eti Aslan F.** Sağlığın değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme. Akademisyen Tıp Kitabevi, **2017**: 104-105. Ankara
12. **Eti Aslan F, Olgun N.** Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. Akademisyen Tıp Kitabevi. Birinci Baskı. **2016**: 158-159. Ankara
13. **Aydınlı I.** Ağrının fizyopatolojisi. Derleme. Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi. **2005**: 51(Özel Ek B); 8-13
14. **Yarsan E, Aktaş İ.** Biyotoksinlerin Ağrı Kesici Olarak Kullanımı. Türk Veteriner Hekimleri Birliği Dergisi. **2012**:129-130
15. **Uyar M, Köken İ.** Kronik Ağrı Nörofizyolojisi. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi. **2017**: 16 :71-72
16. **Haliloğlu Peker B, Peker H.** Kronik Pelvik Ağrıda Patogenez Ve Nörobiyoloji. Kronik Pelvik Ağrı. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara. **2016**: 32-33
17. **Yavuz van Giersbergen M, Kaymakçı Ş.** Ameliyathane Hemşireliği. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği. İzmir. **2015**;327-328

18. **Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N.** Cerrahi Hemşireliği 1. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. 2017;2;370-371
19. **Aydın O.N.** Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. ADÜ Tıp Dergisi.2002;3(2);37-38
20. **Güngör T.H.** Nöropatik Ağrı Modeli Oluşturulan Sıçanlarda Tramadol Ve Ketamin Kombinasyonunun Etkinliği. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. 2009. İzmir
21. **Hayta E, Hizmetli S.** Nöropatik Ağrıda Tanı ve Değerlendirme Yöntemleri. Türkiye Klinikleri. Derleme (Review). 2012;5(1);58-59
22. **Aydın O.N.** Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. ADÜ Tıp Dergisi.2002;3(2);37-38
23. **Türkyılmaz Saatçioğlu A.** Abdominal Cerrahilerde Epidural Uygulanan Bupivakain İle Levobupivakainin Etkilerinin Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.2008;16
24. **Biçici B.** McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu'nun Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2010. İzmir **Danışman:** Yrd. Doç. Dr. Ülkü Yapucu Güneş
25. **Eti Aslan F.** Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2002.6:1;10-11
26. **Çöçelli L, Bacaksız B, Ovayolu N.** Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi. 2008; 14;55
27. **Özveren H, Faydalı S, Gülnar E, Faydalı Dokuz H.** Hemşirelerin Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Tutum Ve Uygulamaları. Journal of Contemporary Medicine. 2018.8:1;61
28. **Türkan E.** Kronik Ağrı Hastalarında Mizaç Özelliklerinin Ağrı Tedavisi Yanıtına Etkisi. T.C Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Danışmanı: Didem Tuba Akçalı. Ankara.2013;12-13
29. **WEB-** <http://www.spinetr.com/uploads/files/skor/vizuelanalogskala.pdf> **Erişim Tarihi:** 05.12.2018
30. **Eti Aslan F.** Akut Ağrı. Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi.2005;2(1);29
31. **Yılmaz Esencan T, Merih Y.** Kemoterapide Semptomların Yönetimi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2010;41(1); 35-36
32. **Şapulu Alakan Y, Ünal E.** Yoğun Bakım Hemşireliğinde Ağrı Değerlendirmesi ve Ağrı Yönetimi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017;4(2);22
33. **Özveren H, Uçar H.** Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009;60-61
34. **Yeşilbalkan Usta Ö.** Yaşlı Bireylerde Ağrı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.2007;23(2);139
35. **Erden S, Şenol Çelik S.** Torakotomi Sonrası Ağrı Ve Analjezi Yöntemlerinin Kullanılmasında Hemşirenin Rolü. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.2013;2(1 2 3);16
36. **Ateş Önal S.** Analjezik Adjuvanlar. Ağrı. 2006;18(4);10-21

37. **Durmaz A, Kömürcü N.** Doğum Ağrısının Yönetiminde Non-farmakolojik Yöntemler: Sistematik İnceleme. Türkiye Klinikleri. **2015**:1(3);49
38. **Gündüz C, Çalışkan N.** Ağrı Kontrolünde Uygulanan Non-farmakolojik Yöntemler: Etkinliği Hakkındaki Kanıtlar Yeterli mi? Journal of Traditional and Complementary Medicine.Derleme.**2018**;1(2):77-78
39. **Karayağız Muslu G, Öztürk C.** Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler Ve Çocuklarda Kullanımı. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi. Derleme. **2008**: 51(1);63
40. **Tercan B, Sarıtaş S.** Knowledge and Practice Situations of Nurses on Nonpharmacological Methods and in Pain Management. New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences. **2017**: 8; 98-105
41. **Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Uyar M.** Palyatif Kanser Bakımında Tamamlayıcı Tedaviler. Ağrı.**2006**:18(1); 29
42. **Yılar Erkek Z, Pasinlioğlu T.** Doğum Ağrısında Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. **2016**:19(1);72-73
43. **Karagöz G.** Sırt, Boyun, Bel Ağrıları Olan Ve Ameliyat Programına Alınan Nöroşirürji Hastalarının Ağrı Gidermede Kullandıkları Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Danışman Yard. Doç. Dr. Deniz Öztekin. **2006**; 13-14
44. **Yaraşır E, Pirinççi E, Deveci S.** Bel Ağrısında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. **2018**:27(1);97-98
45. **Turan N, Öztürk A, Kaya N.** Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.**2010**:3(1);105
46. **WEB-**
https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/56699/mod_resource/content/0/SICAK%20SO%20C4%209EUK%20UYGULAMALAR.pdf Erişim Tarihi: 05.12.2018
47. **Erdoğan Z, Çınar S.** Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı – Modern Hemşirelik. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi.**2011**:1(2);86-87
48. **Tütüncü S.** Geleneksel, Alternatif Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Genel Bir Bakış. Türk Tabipler Birliği Halk Sağlığı Kolu.**2017**:20
49. **Karagülle Z.** Hidroterapi, SPA, Balneoterapi, Talassoterapi. Türkiye Klinikleri. **2008**:28;225-226
50. **Çağlayan H, Ataoğlu E, Kibaroglu E.** Nörolojide Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Turk J Neurol.**2018**:24;113-114
51. **Şarışen Ö, Çalışkan D.** Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat (!). STED.**2005**: 14(8);182-183
52. **Eti Aslan F, Badır A.** Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi Ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi Ve İnançları. Ağrı. **2005**: 17(2); 45
53. **Eti Aslan F.** Ağrı Doğası ve Kontrolü.Avrupa Tıp Kitabevi, 1.Baskı.İstanbul.**2006**
54. **Uçan Ö, Ovayolu, N.** Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.**2007**:2(4);123-133
55. **Çelik S, Baş B, Korkmaz Z, Karashahin H, Yıldırım S.** Hemşirelerin Ağrı Yönetimi Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi. Bakırköy Tıp Dergisi. **2018**:14(1);17-22

56. **Çelik S.** Batın Ameliyatından 24-48 Saat Sonra Hastaların Ağrı Düzeyleri Ve Uygulanan Hemşirelik Girişimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. **2013**;2(3):325-30
57. **McCaffery M, Robinson ES.** Your Patient Is In Pain: Here's How You Respond. Are You Prepared For The Challenge Of Managing Your Patients' Pain? These Startling Survey Findings Reveal What Nurses Know And Don't Know About Assessing And Treating Pain.Nursing. **2002**; 32(10): 36-45
58. **Clark E, French B, Bilodeau M, Capasso V, Edwards A, Empoliti J.** Practice: The Impact Of Nurses' Characteristics And Education. Journal Of Pain And Symptom Management. **1996**; 11: 18-31
59. **Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z.** Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Davranışı Ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi. Ağrı.**2006**:18(4);36-41
60. **Visentin M, Tirentin L, Marco R, Zanolin E.** Knowledge and Attitudes of Italian Medical Staff Towards the Approach and Treatment of Patients in Pain. Journal of Pain and Symptom Management. **2001**:22(5);925-930
61. **Göka E.** Plasebo Kavramı ve Plasebo Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi.**2002**:13(1);58-63
62. **Öztunç G, Kılıç M.** Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler Ve Hemşirenin Rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. **2012**;7(21):35-51
63. **Lebovits AH, Florence I, Bathina R, Hunko V, Fox MT, Bramle CY.** Pain Knowledge And Attitudes Of Healthcare Providers: Practice Characteristic Differences. Clinical Journal Of Pain. **1997**; 13: 237-243
64. **Değirmen N, Özerdoğan N.** Ameliyat Sonrası Ağrıda El ve Ayak Masajı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. **2009**:17(2);133-136
65. **Ay F, Ecevit Alpar Ş.** Postoperatif Ağrı Ve Hemşirelik Uygulamaları. Ağrı.**2010**:22(1);21-29
66. **Karadağ S, Taşçı S.** Kayseri Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı Ve Bakımı Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı). **2005**:14;13-21
67. **Yılmaz T.** Ameliyat Sonrası Hastaların Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelerden Beklentileri Ve Hemşirelerin Ağrılı Hastaya Yönelik Girişimler. T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek lisans tezi. Danışman: Naile Bilgili.**2011**
68. **Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A.** Music Interventions For Improving Psychological And Physical Outcomes In Cancer Patients (Review). Cochrane Database Of Systematic Reviews. **2016**:15(8);1-168
69. **Arıkan D, AYTEKİN A.** Annelerin Yaş Ve Eğitim Düzeylerinin İlaç Dışı Yöntemlerle Çocuklardaki Ağrı Kontrolü Uygulamalarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.**2007**:10(4);12-20
70. **Efe E, Altun E, Çetin H, İşler A.** Türkiye'de Bazı İllerde Çocuk Servislerinde Çalışan Çocuk Hekimi Ve Hemşirelerin Yeni Doğanlar Da Ağrı Konusundaki Bilgi Ve Uygulamaları. Ağrı.**2007**: 19(3);16-25
71. **Idvall E, Hamrın E, Sjostrom B, Unosson M.** Patient and Nurse Assessment of Quality of Care in Postoperative Pain Management. Qual Saf Health Care.**2002**: 11;327-334

72. **Gündoğan Akdağ R.** Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Klinik Karar Verme Durumlarının Değerlendirilmesi. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. **Danışman: Nimet OVAYOLU.2008**
73. **Abdallah M S, Majali S. A, Bergbom I.** Documentation of Postoperative Pain by Nurses in Surgical Wards. *Acute Pain.***2008**;10; 73-81
74. **Demir Dikmen Y, Yıldırım Usta Y, İnce Y, Türken Gel K, Akı Kaya M.** Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi.***2012**;2(3):162-172
75. **Ferrell BR, McCaffery M** (1987.revised 2008). Knowledge And Attitudes Survey Regarding Pain. Retrieved From. Knowledge Attitude Survey-Updated.5-08.Pdf. Knowledge And Attitudes Survey Regarding Pain. [https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20\(1\).pdf](https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20(1).pdf)
Erişim Tarihi: 20.09.2018
76. **Wang H. L, Keck J. F.** Foot And Hand Massage As An İntervention For Postoperative Pain. *Pain Management Nursing.* **2004**;5(2): 59-65.
77. **Kutsal Y, Varlı K, Çeliker R, Özer S, Orer H, Aypar Ü, Şahin A, Oruçkaptan H.** Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi.***2005**;36(2):111-128.
78. **Yılmaz M, Gürler H.** Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri. *Ağrı.* **2011**; 23(2):71- 79.
79. **Yılmaz F, Atay S.** Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Ağrı Yönetimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* **2014**; 1(2):32-41.
80. **Ettrich U, Seifert J, Scharnagel R, Günther KP.** A Multimodal And Multidisciplinary Postoperative Pain Management Concept. *Orthopade.* **2007**; 36(6):544, 546-51
81. **Ünver S, Kızılcık Özkan Z, Avcıbaşı M, Babacan Dığın F.** Hemşirelik Öğrencilerinin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Girişimlerinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi.* **2016**;13(2): 146-150
82. **İnan Ç, Kıyak E.** Diz Osteoartritli Hastalarda Sıcak Ve Soğuk Uygulamanın Ağrı, Tutukluk Ve Fiziksel Fonksiyon Üzerine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği-HEMAR-G.***2014**;16(2);1-10
83. **Uzunçakmak T, Kılıç M.** Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı Deneyimleri Ve Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler. *Ağrı.***2017**; 29(3);117-121
84. **Özyazıcıoğlu N, Çelebioğlu A.** Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Yenidoğanda Ağrıya İlişkin Bilgi Ve Görüşleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.***2008**; 11(3); 9-16.
85. **Ekim A, Ocakçı AF.** Knowledge And Attitudes Regarding Pain Management Of Pediatric Nurses İn Turkey. *Pain Management Nursing.* **2013**; 14(4); 262-7.
86. **Murray A. A, Retiefa F. W.** Acute Postoperative Pain İn 1 231 Patients At A Developing Country Referral Hospital: İncidence And Risk Factors. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia.***2016**; 22(1); 19-24
87. **Grafton K.V, Foster N.E, Wright C.C.** Test-Retest Reliability Of The Shortform McGill Pain Questionnaire: Assessment Of İntraclass Correlation Coefficients And Limits Of Agreement İn Patients With Osteoarthritis. *The Clinical journal of Pain.***2005**;21(1); 73-82

88. **Eti Aslan F, Kan Öntürk Z.** Ağrı Ölçümü ve Değerlendirilmesi. Ağrı Doğası ve Kontrolü. **Edt:** Fatma ETİ ASLAN. Ankara: **2014**; 67-100
89. **Yegül İ.** Ağrı ve Tedavisi. Yapım Matbaacılık. İzmir. **1993**;19-24



EKLER

EK-1: Veri Toplama Formu

“HEMŞİRELERİN AĞRI YÖNETİMİNDE BİLGİLERİ VE İLAÇ DIŞI YÖNTEM KULLANIMI” başlıklı bu yüksek lisans tez çalışması Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü bünyesinde Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA danışmanlığında Hem. HümeYra GEÇİCİ tarafından yürütülmektedir. Hemşirelerin ağrı yönetiminde izledikleri yolları belirlemek ve ilaç dışı yöntemleri kullanıp kullanmadıklarını belirlemek amacıyla yapılması planlanıyor. Katılımcıların kimlik bildiriminde bulunması istenmemektedir ve kişisel bilgiler gizli tutulacaktır. Derlenen veriler toplu olarak ve bilimsel amaçla kullanılacaktır.

ÖN BİLGİ

Veri Toplama Formu

A. Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Sorular

- Yaşınız:.....
- Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
- Eğitim durumunuz:
a) Lise b) Lisans c) Yüksek Lisans d) Doktora
- Medeni durumunuz:
a) Evli b) Bekar
- Çalıştığınız Klinik (Belirtiniz)
- Hemşirelik mesleğinde kaç yıldır çalışıyorsunuz (Belirtiniz)
..... Yıl
- Ay
- Eğitiminiz süresince ağırlı hasta bakımı veya ağrı tedavisi ile ilgili herhangi bir eğitime katıldınız mı?
a) Evet (Belirtiniz)..... b) Hayır
- Mezuniyet sonrası ağırlı hasta bakımı veya ağrı tedavisi ile ilgili herhangi bir eğitime katıldınız mı?
a) Evet b) Hayır

9. Cevabımız evet ise nasıl bir eğitim aldınız? (Belirtiniz)

.....

- a) Kurum hizmet içi eğitimi b) Kurs c) Seminer

10. Çalıştığımız serviste ağrı ölçeği kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

11. Kullanıyorsanız ağrı ölçeğini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?

- a) Nadiren kullanırım b) Sık sık kullanırım c) Her zaman

kullanırım

12. Ağrı Ölçeği kullanıyorsanız hastaların ağrısını değerlendirmede kullandığımız ağrı ölçeği hangisidir?

- a) Ölçek yok sadece hastanın ağrısı olduğunu belirten not yazıyorum.
b) VAS (Görsel Ağrı ölçeği)
c) Sayısal Ağrı Ölçeği
d) Sözel Ağrı Ölçeği
e) Diğer (lütfen

açıklayınız)

13. Hastanın ağrısı ile ilgili tanılama ve değerlendirmelerinizi kayıt ediyormusunuz?

- a) Evet her zaman b) Bazen c) Hayır

14. Kayıt ediyorsanız nereye kayıt ediyorsunuz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) Hemşire gözlem formu
b) Yoğun bakım hasta takip formu
c) Hastanın dosyasında doktorların kullandığı diğer formlar
d) Diğer (lütfen açıklayınız)

15. Hastanın ağrı şiddetini tanımlarken aşağıdaki göstergelerden en çok hangilerini dikkate alıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) Hastanın yüz ifadesi
b) Hastanın kendi ifadeleri
c) Hastanın fizyolojik göstergeleri (ANT)
d) Diğer (lütfen açıklayınız)

16. Ağrı tedavisinde hemşirelerin ne derece etkili olduğunu düşünüyorsunuz?
a) Etkisiz b) Az etkili c) Etkili d) Çok etkili
17. Ağrı yönetimine dair bir yayın takip ediyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
18. Evet ise ne tür bir yayın takip ediyorsunuz?
a) Kitap b) Bilimsel dergi c) Gazete d) Radyo-televizyon e)

Diğer

19. Günlük hayatınızda ağrı deneyimlediğinizde ağrınızı nasıl yönetiyorsunuz?
a) Farmakolojik Yöntem
b) Non-farmakolojik Yöntem (Müzik, sıcak-soğuk uygulama, masaj....)
c) Farmakolojik- non-farmakolojik Yöntemler

EK-2: İlaç Dışı Tedavi Yöntemler Formu

| İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri | Bilme Durumu | | Uygulama Durumu | |
|--------------------------------|--------------|-------|-----------------|-------|
| | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| 1) Masaj ve Manüplasyon | | | | |
| 2) Aromaterapi | | | | |
| 3) Sıcak-soğuk uygulama | | | | |
| 4) Meditasyon | | | | |
| 5) Beslenme tedavisi | | | | |
| 6) Bitki tedavisi | | | | |
| 7) Sanat tedavisi | | | | |
| 8) Renk tedavisi | | | | |
| 9) Biyoenerji | | | | |
| 10) Hayal kurma | | | | |
| 11) Biyogeribildirim | | | | |
| 12) Dans tedavisi | | | | |
| 13) Müzik tedavisi | | | | |
| 14) Dua ile iyileşme | | | | |
| 15) Hipnoz | | | | |
| 16) Reiki | | | | |
| 17) Akupunktur | | | | |
| 18) Kaplıca | | | | |
| 19) Şiropaksi | | | | |
| 20) Yoga | | | | |
| 21) Diğer..... | | | | |

EK-3: Ağrı ile ilgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi

Ağrı ile İlgili Bilgi Soruları

Doğru

Yanlış

Bir hastanın şiddetli ağrısı olduğunu tanılamada yaşam belirtilerinde gözlenen değişiklikler önemli bir göstergedir.

Ağrı şiddetinin hasta tarafından değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi gerekir.

Bir hasta orta dereceli veya şiddetli ağrısına rağmen uyuyabilir.

Eğer hastanın dikkati başka yöne çekilebiliyorsa bu hastanın belirttiği gibi yüksek bir ağrı şiddetine sahip olmadığı anlamına gelir.

Bir ağrı hafifletme yöntemine başvurulmadan önce, hastanın ağrıya mümkün olduğu kadar dayanmaya teşvik edilmesi gerekir.

Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa ağrısı gerçek değildir.

2 yaşın altındaki çocuklarda nörolojik sistem tam olarak gelişmediği için ağrı hassasiyeti düşüktür ve ağrı deneyimleri sınırlıdır.

Aspirin ve diğer NSAİ (Non-Steroidal Anti İnfamatuar) ajanlar metastazlardan kaynaklanan kronik ağrılar için etkili analjezikler değildir.

İlaç dışı girişimler (örn: sıcak uygulama, müzik gibi) orta şiddetli ağrı için çok etkili olmaktadır, fakat çok ciddi ağrılarda etkili değildir.

Uzun zamandır (aylardır) opioid alan hastalarda. nadiren solunum depresyonu ortaya çıkar.

Ağrılı bir hastada kombine ilaç gruplarından (örn; opioid+NSAİİ) çok tek analjezik ajan kullanılmalıdır.

Sedatif etkili ilaçlar ağrıyı azaltmada etkilidir.

Madde bağımlılığı öyküsü olan hastalara ağrı için opioidlerin verilmemesi gerekir, çünkü bu hastalar tekrarlayan bağımlılık için yüksek risk altındadır.

11 yaşından küçük çocuklar tarafından belirtilen ağrıya güvenilmemelidir, bu yüzden hemşirelerin çocuğun ağrı şiddeti konusunda anne-babalara güvenmesi gereklidir.

Bir hastaya ilaç dışı tekniklerin ağrı ilaçları ile birlikte değil de yalnız başına kullanması önerilmelidir.

Etkili olması için sıcak ve soğuk uygulamanın sadece ağrılı bölgeye uygulanması gereklidir.

EK-4: Etik Kurul İzni

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

| Toplantı Sayısı | Tarih |
|-----------------|-------------|
| 81 | 5 Ekim 2018 |

KARAR NO 27- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Şeray Çetinkaya yönetiminde, Hümeysra Geçici tarafından yürütülmesi öngörülen, "Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Bilgileri ve İlaç Dışı Yöntem Kullanımı" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

| BAŞKAN | Prof. Dr. Selim Kadıoğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı | Toplantıya Katılmadı |
|-----------------------------------|---|---|
| ÜYELER | Prof. Dr. Davut Altpekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı |  |
| | Prof. Dr. Dincer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı |  |
| | Prof. Dr. Gülşah Seydoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı |  |
| | Prof. Dr. Gürhan Salıman Genel Cerrahi Anabilim Dalı |  |
| | Prof. Dr. Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı |  |
| | Doç. Dr. Ezgi Özyılmaz Sarac Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı |  |
| | Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye | Toplantıya Katılmadı |
| Dr. Neşe Kayran Kurum Dışı Üye |  | |

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balçova 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK- 5: Mersin Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Etik Kurul İzni



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
İdari İşler Birimi
Yazı İşleri Birimi

Mersin Üniversitesi - YAZI İŞLERİ
BİREDMİ
Tarih: 25/09/2018 17.28
Sayı: 41993462-622.03-
E.00000840483



E.00000840483

Sayı : 41993462-622.03
Konu : Çalışma İzni(Doç.Dr. Şenay
CETİNKAYA)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

İlgi : 20/09/2018 tarihli ve E.837424 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza belirtilen Yüksek Lisans Öğrencisi Hümeyra GEÇİCİ'nin "Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Bilgileri ve İlaç Dışı Yöntem Kullanımı" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Rektörlüğümüze bağlı Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Dahili ve Cerrahi Kliniklerinde uygulamasına Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Meltem NASS DUCE
Başhekim

Ek: Yazı (1 sayfa)



Adres:YAZI İŞLERİ
E-posta:
Telefon: +90 24100000

Ayrıntılı bilgi için:EVİM ÇELİK ARSLAN
Fax: +90 2410098
Elektronik ađ:www.mersin.edu.tr



1 / 1

Evrakın elektronik iznalsı numarası <https://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden 76d4578d-fe14-41bf-bc0-332d9eed8228 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile tasulanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1993 yılında Adana da doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Adana da 2011 yılında tamamladı. Aynı yıl Selçuk Üniversitesi Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümüne başlayıp 2015 yılında mezun oldu. Mezun olduktan sonra Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Acil servisinde hemşire olarak göreve başladı. 2017 Yılında ise Mersin Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde Dahiliye Yoğun Bakım Hemşiresi olarak görev yaptı. Aynı yıl Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. Şu an İstanbul Büyükçekmece Devlet Hastanesinde acil hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Evliyim.